



JÓZSEFVÁROSI EGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM JAVASOLT SZAKMAI RÉSZLETEI MEGVALÓSÍTHATÓSÁGI TANULMÁNY

2024.07.25.

KOLLÁNYI ZSÓFIA, LACZKOVICH ANNA, VÁRADI BALÁZS

Készült Józsefváros Önkormányzatának megrendelésére



TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló	6
Bevezető	9
Részcélok	12
Helyzetkép és Kihívások	12
Egészségi állapot a halálozási adatok alapján	15
Egészségi állapot az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele alapján	18
Egészségügyi ellátás a kerületben – helyzetkép, kihívások	21
Fő kihívások, prioritások	39
Célcsoportok	42
Szóba jövő önkormányzati Beavatkozások	45
Lakosság-oldali beavatkozások	46
1. Szociális háttér alapján célzott közvetlen feltételes készpénztranszfer (Conditional Cash Transfer: CCT)	46
2. Társadalombiztosítási (TB) jogviszony rendezetlenségének tisztázása és segítség a probléma megoldásában	47
3. Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele	48
4. Influenza-oltás mellett felvett pneumococcus-oltás ingyenessé tétele idősebb rászorultaknak	49
5. HPV oltás ingyenessé tétele és felajánlása 26 év alatti felnőtteknek	50
6. Rota-vírus ellenes gyermekkorai oltás ingyenessé tétele	51
Orvos-, szolgáltató-oldali beavatkozások	51
7. Szűrőkapacitások növelése	51
8. Képzések házi orvosok, nőgyógyászok, asszisztensek számára, a hátrányos helyzetű, etnikai kisebbségekhez tartozó, külföldi lakosságcsoportok specifikus szükségleteivel, a sikeres ellátás lehetőségeivel és feltételeivel kapcsolatban	52
9. JEK kapacitásbővítése, több szakorvos alkalmazása, az orvosok munkakörülményeinek javítása	53
10. A házi orvosi rendelők infrastruktúrájának fejlesztése	53
11. Kerületi kiegészítő népegészségügyi indikátorrendszer kidolgozása és pótlólagos finanszírozás hozzákapcsolása	54
12. Az eddig említett változásokat elvárásként/ajánlatként tartalmazó új házi orvosi szerződéstervezet készítése jogász bevonásával és a jelenlegi kerületi házi orvosoknál választható opcióként, a jövőben újonnan alkalmazott házi orvosoknál alapértelmezésként ennek alkalmazása betöltetlen praxisok esetén	55
Önkormányzat-oldali beavatkozások	55
13. Az önkormányzatnál és önkormányzati vállalatoknál dolgozók munkavállalói lehetőségeinek erősítése: az alkalmazottak adott esetben munkaidejük alatt is el tudnak menni orvoshoz, táppénzre vagy szűrésre	55
14. Egészségügyi-népegészségügyi asszisztensek alkalmazása	56



15. Kerületi egészségmediátorok alkalmazása a bizalmatlan vagy nyelvileg elszigetelt társadalmi csoportok elérésére	56
+1. Népegészségügyi kabinet felállítása és stratégia kidolgozása	57
A Javasolt intézkedések összefüggései, további megfontolások	58
A javasolt intézkedések típusai, összefüggései	58
Monitoring, értékelés és kockázatok	63
Felhasznált szakirodalom	64
1. Függelék: felhasznált adatok	68
2. Függelék: ábrák és táblázatok	69
3. Függelék: Interjúk listája és összefoglalója	75
Háziorvosi és szakorvosi interjúk	75
Egészségügyi szakértői interjúk	77
Önkormányzati interjúk	77
Egyéb interjúk	77
4. Függelék: Fókuszcsoportok összefoglalója	79
5. Függelék: Leadott projektindító diasor	99



ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. Ábra –Életkori csoportok megoszlása Józsefváros három negyedében.....	14
2. Ábra – Józsefváros negyedei és szegregátumai.....	15
3. Ábra: Többlethalálozás 2018-2022 között.....	17
4. Ábra: Kórházi felvételi ráták többlete (% , 2019)	19
5. Ábra: Kórházi felvételi ráták többlete (fő, 2019)	20
6. Ábra: Szakellátások igénybevételének alakulása a VIII. kerületben (2016. január = 100%).....	24
7. Ábra: Felnőtteknek szóló preventív szolgáltatások (szűrések, oltások) igénybevételi eltérése a VIII. Kerületben (% , 2019)	26
8. Ábra: Felnőtteknek szóló preventív szolgáltatások (szűrések, oltások) igénybevételi eltérése a VIII. Kerületben (fő, 2019)	27
9. Ábra: A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés eltérései a gyógyszerfogyasztás alapján (% , 2019).....	29
10. Ábra: A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés eltérései a gyógyszerfogyasztás alapján (fő, 2019)	30
11. Ábra: A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés eltérései a VIII. kerületben az országos értékekhez képest, a gyógyszerfogyasztás alapján (% , 2019)	31
12. Ábra: Reproductív egészség eltérései (% , 2019, 2020)	34
13. Ábra: Reproductív egészség eltérései (fő, 2019, 2020).....	35
14. Ábra - Célcsoportok nagysága -szemléltető ábra	42
15. Ábra: Az összes intézkedés kidolgozásának, megvalósításának és bevezetésének minimális időigényének illusztratív Gantt diagramja.....	61
16. Ábra: Szakellátási epizódok 10 000 lakosra a VI., VII., VIII. és IX. kerületekben.....	69



TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. Táblázat – A józsefvárosi negyedekben élők szociális státusza	13
2. Táblázat – Az országos vagy budapesti összehasonlításban kirívóan magas halálozású halálokok Józsefvárosban (2018-2022)	16
3. Táblázat – Háziorvosi körzetek és a bejelentkezett biztosítottak száma rendelőnként	21
4. Táblázat – Felnőtt háziorvosi szolgálatok és betegek száma (2023)	22
5. Táblázat – Háziorvoshoz való bejelentkezés, a lakosságszám arányában (%) (2023. december)	22
6. Táblázat – Potenciálisan ellátatlan csoportok száma és (az adott csoporthoz képesti) aránya életkori és nemi csoportok szerint (2023)	23
7. Táblázat – Védőnői körzetek száma rendelőnként	25
8. Táblázat – Ellátásminőség eltérései a nagy népbetegségekben (% , 2023)	33
9. Táblázat – Kihívások-Javaslatok	41
10. Táblázat – Célcsoportok – Inflációs támogatásra jogosult háztartások esetében	44
11. Táblázat – Célcsoportok – A Magdolna negyedben (1086-os irányítószám) lakó józsefvárosi lakosok számát tekintve	44
12. Táblázat – Célcsoportok – A Magdolna vagy Orczy negyedben (1086-os vagy 1089-es irányítószám) lakó józsefvárosi lakosok számát tekintve	45
13. Táblázat – Célcsoportok – Az összes józsefvárosi lakos számát tekintve	45
14. Táblázat – Javaslatok	60
15. Táblázat – Lehetséges partnerek, együttműködési lehetőségek más szervezetekkel	62
16. Táblázat – Kórházi felvételi ráták (2019)	69
17. Táblázat – Felnőtteknek szóló preventív szolgáltatások (szűrések, oltások) igénybevétele a VIII. Kerületben (2019)	70
18. Táblázat – Az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés	70
19. Táblázat – A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés a gyógyszerfogyasztás alapján (2019)	72
20. Táblázat – Ellátásminőség a nagy népbetegségekben (2019)	73
21. Táblázat – Reproductív egészség (2019, 2020)	74
22. Táblázat – A fókuszcsoport résztvevőinek átoltsági adatai	85



VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Ebben a jelentésben áttekintjük a Józsefvárost és különösen annak legszegényebb szegleteit érintő fő egészségügyi-népegészségügyi kihívásokat és azonosítunk és röviden bemutatunk tizenhat, önkormányzati keretek között végrehajtható beavatkozást, melyek révén érdemben javítani lehetne a kerület egészségügyi helyzetén.

A kerületben különösen a következő területen látunk elmaradást, feladatokat:

- Minél rosszabb egy negyed lakóinak szocioökonómiai státusza, annál rosszabb egészség-kimenetekre számíthatnak. Az egészségi állapot javításában ezt a tényt kell az egyik kiindulási pontnak tekinteni, és tudomásul kell venni, hogy az egészségügy lehetőségei korlátosak: az iskolázottság, foglalkoztatás, jövedelem, fizikai és pszichoszociális körülmények hatásait az egészségügy csak korrigálni tudja. Ebben a tanulmányban ezzel együtt is kifejezetten az egészségügy lehetőségeire koncentrálnunk, de a fentiek szem előtt tartásával.
- **Átlagosan évente 133 józsefvárosi lakos hal meg, akik – ha a kerület halálozási viszonyai az országosnak felelnének meg – még élhettek volna.**
- **A legnagyobb halálozási többletterhet jelentő betegcsoportok a szív- és érrendszeri betegségek, és a különféle idült alsó légúti betegségek mindkét nemnél, továbbá a nők esetében a légzőszervi daganatok és az agyi keringési katasztrófák.**
- Sokkal gyakrabban kerülnek kórházba a kerületiek különféle **krónikus légzőszervi okokból** (asztma, pulmonológia a 18 év alattiaknál és asztma, COPD a felnőtteknél) : ez összesen évi **190 többlet kórházi felvételt jelent a gyakorlatban.**
- **A kerületi felnőtt lakosok negyede kerületen kívüli háziorvoshoz jelentkezik be, majdnem 13%-ának nincs háziorvosa, és 5%-ának nincs érvényes biztosítási jogviszonya.**
- **A JEK-ben 2016 óta folyamatosan csökkenő trendű a forgalom a népegészségügy szempontjából talán legfontosabb négy kiemelt területen (kardiológia, diabetológia, tüdőgyógyászat, labordiagnosztika).**
- Miközben a kezelt betegek ellátásában a háziorvosi indikátorrendszer adatai nem mutatnak különösebb minőségi problémát és örömdetes magas az influenzaoltás felvételi aránya is, kevesen járnak mammográfiás szűrésekre, **a Józsefvárosban kevesebb a diagnosztizált magas vérnyomásos, és több a diabéteszes beteg, mint országosan várható lenne.** Ráadásul a Józsefvárosban minden gyógyszercsoportban kevesebb gyógyszert írnak fel, és ennek is kisebb részét váltják ki, mint országosan.
- **Jelentős problémák észlelhetők a női reprodukív egészség terén:** a várhatónál sokkal alacsonyabb a fogamzásgátlók használata, magasabb az abortuszok és a szülés-születés körüli problémák (koraszülés, alacsony születési súly, stb.) aránya. **500-zal kevesebb nő szed orális fogamzásgátlót, mint az országos átlag alapján várható lenne, kerületi szinten 30-cal több abortusz történik évente, és 20-szal több baba születik korán,**



alacsony súllyal, vagy valamilyen terheesség közben szerzett betegséggel.

- Sokat változott az egészségügy intézményi, elsősorban finanszírozási környezete, ami leginkább az elérhetőnek érzékelt kapacitások szűkülésében, a várakozási idő növekedésében csapódott le a helyi lakosság oldalán. Jelentős intézményi változás a védőnői hálózat országos hatáskörbe kerülése, de ennek hatásait jelenleg még nem ismerjük.
- A kerületi lakosoknak sok szempontból problémát okoz az egészségügyi rendszer igénybevétele: szembesülnek a várólistákkal, az állásuk elvesztésétől tartva sokan szükség esetén sem mennek táppénzre, sokszor gondot okoz a gyógyszerek kiváltása, és bár sokan elégedettek a háziorvosi ellátással, többen számoltak be diszkriminációról, méltánytalan bánásmódról, közönyről.
- **A háziorvosok által hangoztatott problémák részben a saját, humán és fizikai infrastruktúrájukkal, részben pedig a szakellátások, vizsgálatok elérhetetlenségével, és általában a JEK-kel való együttműködéssel kapcsolatosak. Többen kiemelték az Önkormányzattal való rendszeres és produktív kapcsolat hiányát.**

Mindezek enyhítésére a következő tizenhat javaslatot fogalmaztuk meg (ezek közül is vastaggal szedve azok, melyeknél a legnagyobb egészséggazdaságtani hasznot vélelmezzük):

1. Szociális háttér alapján célzott közvetlen feltételes készpénztranszfer (Conditional Cash Transfer: CCT)
2. **Társadalombiztosítási (TB) jogviszony rendezetlenségének tisztázása és segítség a probléma megoldásában**
3. **Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele**
4. **(Influenza-oltás mellett felvett pneumococcus-oltás ingyenessé tétele idősebb rászorultaknak)¹**
5. **HPV oltás ingyenessé tétele és felajánlása 26 év alatti felnőtteknek**
6. Rota-vírus ellenes gyermekkori oltás ingyenessé tétele
7. Szűrőkapacitások növelése
8. **Képzések háziorvosok, nőgyógyászok, asszisztensek számára, a hátrányos helyzetűekkel, etnikai kisebbségekhez tartozókkal, külföldiekkel szembeni bánásmóddal, sajátos szükségleteivel kapcsolatban**
9. JEK kapacitásbővítése, több szakorvos alkalmazása, az orvosok munkakörülményeinek javítása
10. **A háziorvosi rendelők infrastruktúrájának fejlesztése**
11. **Kerületi kiegészítő népegészségügyi indikátorrendszer kidolgozása és pótlólagos finanszírozás hozzákapcsolása**
12. **Az eddig említett változásokat elvárásaként/ajánlatként tartalmazó új háziorvosi szerződéstervezet készítése jogász bevonásával és a jelenlegi kerületi háziorvosoknál választható opcióként, a jövőben újonnan alkalmazott háziorvosoknál**

¹ Ahogy már említettük, ezt a javaslatot csak a teljesség kedvéért foglaltuk össze itt – azt, előzetes javaslatunkra támaszkodva 2024. májusában a Képviselőtestület már elfogadta.



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 asszisztensek alkalmazása

15. Kerületi egészségmediátorok alkalmazása

+1. Népegészségügyi kabinet felállítása és stratégia kidolgozása

A fenti, a lakosságot (1-6.), az egészségügyi szolgáltatókat (7-12.) célzó, ill. az önkormányzaton belüli változtatásokat tartalmazó (13-15,+1) javasolt intézkedések természetesen különbözőképpen előfeltételezik, erősítik egymást, különböző költségvetési vonzatokkal és különböző döntéselőkészítési- és kapacitás-igényekkel járnak és különböző időtávon fejtik ki hatásait – ezeket az összefüggéseket tekintjük át részletesen jelentésünk utolsó fejezetében, ahol lehetséges „intézkedéscsomagokat” is azonosítunk, mint például egy, az önkormányzat részéről jelentős adminisztratív fejlesztést és külső szakértelem bevonását nem igénylő „minimum” csomag lehet a már bevezetett pneumococcus-oltás támogatáshoz (4) némileg hasonló **2, 5, 6, 13** intézkedések alkotta beavatkozás-együttes, míg egy sokkal gyökeresebb, de nagyobb elköteleződést igénylő beavatkozáscsomag lehet egy stratégiai, a háziorvosi ellátás javításán keresztül a hátrányos helyzetűekre koncentráló csomag, mely a fenti **+1, 8, 10, 11, 12, 14, 15.** intézkedésekre koncentrálna.



BEVEZETŐ²

A Budapest Intézet (BI) 2023 októberében azt a feladatot kapta Budapest VIII. kerületének Önkormányzatától, hogy mérje fel a helyben elérhető egészségügyi szolgáltatásokat, majd tegyen (költségbecsléssel egyetemben) javaslatokat egy egészségügyi prevenciós programra, beleértve szűrővizsgálatokat, esetleges feltételes készpénztranszfer-programot, esetleges oltási programot is, kiemelten figyelembe véve a speciális igényekkel rendelkező társadalmi csoportok szükségleteit is.

A munkát a BI részéről Kollányi Zsófia, Laczkovich Anna és Váradi Balázs végezték, Bernáth Gábor részvételével, aki a fókuszcsoporthoz kutatás (ld. alább) megtervezésében vett részt, koordinálta és lebonyolította azt; a 4. Függelékben csatolt, erről készült összefoglaló is az ő munkája. Külső szakértőként Gervai Nórának, Kincses Gyulának és Reszkető Petrának a jelentéshez fűzött megjegyzéseit köszönjük – ha maradtak hibák a jelentésben, arról természetesen nem ők, hanem a szerzők tehetnek.

A munkához 2024. novemberétől januárig az önkormányzat és önkormányzati szociális intézmények munkatársaival (6 fő), és az egészségügyi ellátásban résztvevő stakeholderekkel (12 fő) félstrukturált kutatási interjú készült, az érintettek attitűdjeit egy fókuszcsoporthoz kutatás keretében mertük fel (ld. a 3. és 4. Függelék) és az önkormányzattól megkaptuk az 1. Függelékben felsorolt adatforrásokat és dokumentumokat (ezekre az elemzés során egységesen a Józsefváros Önkormányzattól megkapott adatokként és információkként hivatkozunk), melyeket kiegészítettünk a Pulvita, a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TeIR) adatbázisainak nyilvános adataival. Kutatási hozzáférést kértünk és kaptunk továbbá a következő adminisztratív adatokhoz:

- A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK) térítési díj ellenében megkaptuk Budapest összes kerületi és külön a VI., VII., VIII. és IX. kerületi háziorvosi ellátottságra, a praxisok méretére és az ellátással nem rendelkező lakosok számára vonatkozó összesített adatokat;
- A KSH Kutatószobáján keresztül térítési díj ellenében hozzáfértünk a 2022-es népszámlálás irányítószám-szintű adataihoz. Így részletes információkat szereztünk a józsefvárosi negyedek lakásviszonyairól és lakóinak demográfiai és szocioökonómiai összetételéről;
- A Társadalmi Felzárkózásért Felelős Helyettes Államtitkárság „Szegregátumban élők egészségügyi ellátása” projektje során készült adatbázis 150 népegészségügyi indikátora részletes képet adott a józsefvárosi szegény negyedekben és a kerület egészében észlelhető népegészségügyi problémákról, a kritikus betegség-területekről. Ennek az adatbázisnak a használatában a Debreceni Egyetem munkatársai voltak segítségünkre.

Az általunk harmadik féllel megosztható adatokat (KSH Statinfo, 2022-es népszámlálás és a TeIR adatbázisok adatai) jelen dokumentummal együtt egy csatolt Excel-fájlban elküldtük az

² Ez a szövegváltozat néhány, az V. 31-én leadott szöveget javító megjegyzést is beépítő, VI. 25-én véglegesített változatának az 15. ábrával kiegészített, VII. 25-én véglegesített változata.



Önkormányzat számára.

A munka ütemezése a következőképp alakult: először a szerződésben vállaltaknak megfelelően egy projektindító tervet adtunk le (ld. az 5. Függelékben mellékelt diákat), majd nekiláttunk az adatgyűjtésnek, amit három belső műhelybeszélgetés zárt. Hogy részeredményeink beépülhessenek a 2024-es év első félévének utolsó Képviselőtestületi Ülésén tárgyalni tervezett szociális rendeletmódosításba, az Önkormányzat kérésére 2024 márciusában leadtunk egy, néhány viszonylag könnyebben megvalósítható javaslatot tartalmazó interim anyagot – ezt nem csatoljuk külön, a javaslatokat beépítettük a főszövegünkbe; azok közül az időskorúak pneumococcus oltására vonatkozóan alapuló fel is került a képviselőtestület 2024 május 16-i ülésének napirendjére és azt el is fogadták. Az elhúzódó adathozzáférés miatt ezt a szövegváltozatot 2024. május 31-ével fejeztük be.

Itt köszönjük Fadgyas-Freyler Petrának, Kerékgyártó Annának, Molnár Györgynek, Várdi Katalinnak, Sándor Jánosnak, az összes interjúalanyunknak és a fókuszcsoportos beszélgetésekben résztvevőknek a kutatásunkhoz nyújtott önzetlen segítségüket.

Fontos tisztázni, hogy ebben a jelentésben egy sor kerületi népegészségügyi szempontból fontos kérdésre nem tudunk kitérni. Ezek közül a legfontosabbak a következők:

- A magyar egészségügyi ellátórendszer nagy része *országos keretek* között működik: ide tartozik nemcsak a fekvőbeteg-ellátás, hanem az önkormányzattal szerződéses keretekben zajló alapellátás és a járóbetegellátás és a gyógyszerekhez való hozzáférés szakmai szabályozása, közösségi finanszírozása (beleértve a TB- és közgyógyellátásra való jogosultságot is), immár a háziorvosi ügyeleti és a védőnői rendszer fenntartása, és mindezeknek HR utánpótlással való ellátása is. Ezeken jócskán lenne mit jobbitani, de az Önkormányzat lehetőségeire koncentráló munkánkban mindezt adott peremfeltételként kezeltük.
- Ugyancsak adottnak vettük a *főváros* által működtetett vagy beindítani készült programokat is.
- Az érme másik oldala, hogy javaslataink monitorozás- és különösen értékelés-tervezése (ld. az utolsó fejezetet) nagyrészt *reziduális* jellegű lehet, mert az országos egészségügyi rendszerek általunk is használt adatbázisai közül sok bontható kerületi, sőt finomabb területi szinten is, tehát ezeket csak felhasználni kell a majdani értékelés során, külön nyomonkövetni és gyűjteni nem.
- A *gyermekek* ellátásával kapcsolatban csak az anyák terhességet megelőző gondozására és a kisgyermekkorú oltásokra voltunk figyelemmel – a felnőttekétől nagyban különálló gyermek-ellátórendszer alapos elemzése sajnos nem fért bele a munka keretei közé.
- A *hajléktalan emberek* ellátására jelen dokumentumban nem térünk ki. Ennek oka, hogy szakértői interjúink alapján arra jutottunk, hogy ez a csoport annyira összetett és a kerület többi lakosától olyan mértékben eltérő csoport, hogy az ő egészségügyi állapotuk növelését egy külön programcsomag kidolgozásának keretei között lehetne elérni.
- Egyértelműen juthatna feladat az Önkormányzatnak a kerület polgárainak *mentális*



egészségének javításában is, de ezen a téren olyan kevés megbízható kvantitatív mutatót leltünk, hogy, bár ezeket bemutatjuk alább, a területet nehéz szívvel nem vettük be a vizsgálódásunk körébe.

- Ugyancsak, részben az előző ponttal átfedésben, nem tértünk ki itt, a dohányzás kivételével az egészségügyi helyzetre hatással bíró *szenvedélybetegségekkel*: alkoholizmussal, drogokkal kapcsolatos helyzetre és kerületi beavatkozási lehetőségekre: ezek véleményünk szerint az Önkormányzat részéről megérdemelnének egy célzott stratégiában is megnyilvánuló figyelmet.
- Csak jelzésszerűen térünk ki azokra a rendkívül fontos lehetőségekre is, ahol az Önkormányzat *nem* közvetlenül (*nép*)*egészségügyi* területen kifejtett szabályozási és tulajdonosi tevékenységét lehetne olyan irányba fejleszteni, ami az egészségkimeneteken javíthatna, a tömegsporttól a közétkeztetésen át a közlekedés levegőminőséget javító újraszabályozásáig. Ezek közül csak az önkormányzat saját vállalatának dolgozóinak nyújtott, egészségügyre, megelőzésre fordítható plusz szabadság-keretét foglalmaztuk meg alább explicit javaslatként. Ezeket a lehetőségeket nem azért nem hangsúlyozzuk alább, mintha nem tudnánk, mekkora hatással vannak az egészségkimenetekre, hanem egyszerűen szerteágazó voltuk miatt nem fértek be ennek a jelentésnek a keretei közé. Ha - mint szintén javasoljuk alább - méltó helyet és súlyt kapnak az egészségügyet érintő stratégiai és implementációs erőfeszítések az önkormányzat intézményrendszerében, ott mindenképpen érdemes ezeket a lehetőségeket is sorra venni majd.
- A kerületi betegek ellátásának igen fontos intézménye a Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központ (JEK). Sajnos ennek az intézménynek az anyagi-ösztönzési helyzetéről vezetőivel nem sikerült annyi és olyan szintű kutatási interjút készítenünk, ami az intézményt érintő, megalapozott, részletes, megbízhatóan költségbecsléssel kiegészített javaslatokhoz kellett volna. Ez magyarázza az intézménnyel kapcsolatos javaslatok sajnálatosan elnagyolt voltát alább.
- A fenténél is szélesebb és alapvetőbb az egészséget meghatározó tényezőknek az a köre – különös tekintettel az iskolázottságra, a foglalkoztatásra vagy a jövedelemre –, amelyekről ebben a javaslatban nem ejtünk szót. Ez nem azért van, mert nem vagyunk tisztában ezek népegészségügyi jelentőségével vagy az egészségi állapot komplex jellegével. Ellenkezőleg: azért, mert az elmúlt években számos olyan szakpolitikai intézkedés, fejlesztés történt a kerületben, amelyek éppen ezeket a tényezőket célozzák. A feladat itt annak a tudatosítása lehetne, hogy az óvodafejlesztés, a segélyezési rendszer átláthatóbbá, hozzáférhetőbbé tétele, és a többi hasonló intézkedés részben maga is „népegészségügyi”, amennyiben hatása van az egészségi állapotra.
- Bár igyekeztünk a meglevő empiriát minél széleskörűbben felhasználni, javaslatainknak vannak olyan elemei is (pl. kellő ösztönzéshez szükséges összegek, vagy oltás-felvételi hajlandóságok), melyeket ezen a ponton „*szakértői becslés*” jelleggel csak nagyjából tudtuk azonosítani. Ezeket jelezzük, itt további munka, pilot-jelleggel való próbálkozás, óvatosság lehet indokolt.



- A javaslataink egy jelentős részének megvalósításához külső szakértelem bevonására, együttműködésre lesz szükség az egészségügy és a népegészségügy terén működő intézményes, civil, akadémiai partnerekkel. A jelentés végén felsorolunk ugyan ezek közül néhányat (15. táblázat), de inkább csak példálózó jelleggel: a szóbajövő partnerek teljeskörű felmérése szintén túl esik ennek a munkának a keretein.

Az anyagot a továbbiakban a következőképpen strukturáltuk.

Először a munka megbízóval közösen megválasztott rész céljait mutatjuk be, majd egy helyzetképet adunk, amiben is a fő kihívásokra koncentrálunk, ezeket még egyszer összefoglaljuk. Ezután a szűkebb és tágabb célcsoportokat azonosítjuk, akiket elérni kívánhatunk. Ezután jönnek az általunk azonosított beavatkozások. Végül ezek közül kiemeljük és összefüggéseikben is bemutatjuk azokat a javaslatokat, melyekről úgy véljük, leginkább eleget tesznek a deklarált céloknak és melyektől leginkább várható, hogy a helyzet diktálta keretek között valamilyen mértékben választ remélhetünk tőlük az első részben azonosított fő kihívásokra.

RÉSZCÉLOK

Jobbító javaslatokat nem lehet anélkül megfogalmazni, hogy ne azonosítanánk azokat a célokat, irányokat, amelyekben reformok megrendelője gondolkodik. Az elnyert kiírás szövege és a megrendelővel való konzultáció eredményeképpen munkánkhoz a következő rész célokat azonosítottuk:

Minél nagyobb *egészségnyereséget* kínáló beavatkozások azonosítása: olyan javaslatokkal álljunk elő, amikre költve minden egymillió józsefvárosi egészségforint minél több egészségben, szenvedés nélkül vagy minél kevesebb szenvedéssel leélt plusz életévet produkáljon.

Rászorultság-alapú célzás megfontolása. Bár jutottunk bőven olyan javaslatokra is, melyek célzása univerzális, egy kerületi önkormányzat sajnos egészen biztosan nem tudja összes polgárának az egészségügyi ellátását első világbeli szintre emelni. Két okból is úgy vettük, hogy ilyenkor a szocioökonómiai szempontból hátrányosabb helyzetű polgárookra érdemes célozni (vagy legalább velük érdemes kezdeni a beavatkozást). Ezek egyike a megrendelő értékválasztása: kezdjük a segítséget ezen a téren is a legelesettebbekkel! A másik szakmaibb: látni fogjuk, hogy a rászorultak egészsége a legrosszabb most, tehát sok területen az ő helyzetük javításával lehet a legnagyobbat lépni előre, a legtöbb életévet nyerni.

Végül, igyekeztünk a felelős gazdálkodás és a költségvetési és más kapacitáskorlátok szempontjait is figyelembe venni, nem nyújtózni tovább, mint amíg a takaró ér: lehetőleg nem évi sokszázmilliós programokban gondolkodni; igyekeztünk vigyázni, hogy ne állítsuk az önkormányzatot olyan pályára, ami fiskálisan vagy szervezetileg fenntarthatatlannak bizonyulhat.

HELYZETKÉP ÉS KIHÍVÁSOK

Józsefváros teljes lakossága 2023. december 31-én 69.917 fő volt, a 20 év feletti népesség 61.170 fő. Mind a 20 év alatti és a 60 év feletti népesség aránya a VI., VII. és IX. kerületekhez hasonlóan alacsonyabb, mint az országos (19,5%; 27%) vagy a budapesti (17,1%; 26%) arány, a



józsefvárosiak 12,5%-a 20 év alatti, 20%-a 60 év feletti. A 20 év feletti népességben a nők aránya valamivel alacsonyabb, mint akár országosan (53%), akár Budapesten (54%), akár a környező kerületekben (52,3-5%): a 20 év feletti józsefvárosiaknak kevesebb mint 51%-a nő³. Ehhez képest a 60 év felettiek esetében a férfi-női arány megegyező az országos és fővárosi átlaggal: a 60 év felettiek körülbelül 60%-a nő.

Ha nem Józsefváros egészét, hanem annak 11 negyedét külön-külön vesszük figyelembe, akkor jelentős eltéréseket találunk szociális státusz és életkori megoszlás mentén. Készítettünk egy mutatót, amely figyelembe veszi azoknak a családoknak az arányát, ahol legalább egy személy legfeljebb nyolcadik osztályt végzett, azokét a családokét, ahol legalább egy személy roma származású, valamint a lakónként jutó négyzetmétereket. Az 1. Táblázatban jól látszik, hogy a Magdolna-, Orczy- és Ganz negyedben élők szociális háttere jelentősen rosszabb a többi negyednél és a kerület egészénél. Tekintettel arra, hogy a Ganz negyedben élők száma rendkívül alacsony (1.446 fő), így az intézkedések célzásánál érdemes lehet csak a Magdolna (10.299 fő) és/vagy Orczy (9.223 fő) negyedre összpontosítani, hiszen itt a hátrányos helyzetű lakosok száma is magas.

1. Táblázat – A józsefvárosi negyedekben élők szociális státusza

Negyed	m ² /fő	Nyolc általános iskola (%)	Roma családok aránya (%)	Kerületi státusz (0-3) ⁴
Corvin negyed	39.2	20.1	1.5	3
Csarnok negyed	38.4	25.5	2.3	2
<i>Ganz negyed</i>	<i>27.7</i>	<i>31.7</i>	<i>3.1</i>	<i>0</i>
Kerepesdűlő	44.5	25.3	2.3	2
Losonci negyed	35.3	27.8	1.9	1
<i>Magdolna negyed</i>	<i>30.9</i>	<i>35.4</i>	<i>4.9</i>	<i>0</i>
Népszínház negyed	40.0	23.9	1.7	3
<i>Orczy negyed</i>	<i>31.2</i>	<i>31.5</i>	<i>3.1</i>	<i>0</i>
Palotanegyed	47.5	18.7	1.0	3
Százados negyed	36.4	25.6	0.7	2
Tisztviselőtelep	46.2	27.9	0.9	2
<i>Kerületi átlag</i>	<i>37.7</i>	<i>26.2</i>	<i>2.3</i>	<i>-</i>

Forrás: Népszámlálás 2022

Ha a Magdolna, - és Orczy negyed életkori megoszlását összehasonlítjuk a kiemelkedően jó státuszú lakosokat tömörítő Palotanegyed lakosainak életkori megoszlásával, azt találjuk, hogy mindkét negyed esetében jóval alacsonyabb az idős, különösen a 70-nél idősebb lakosok száma

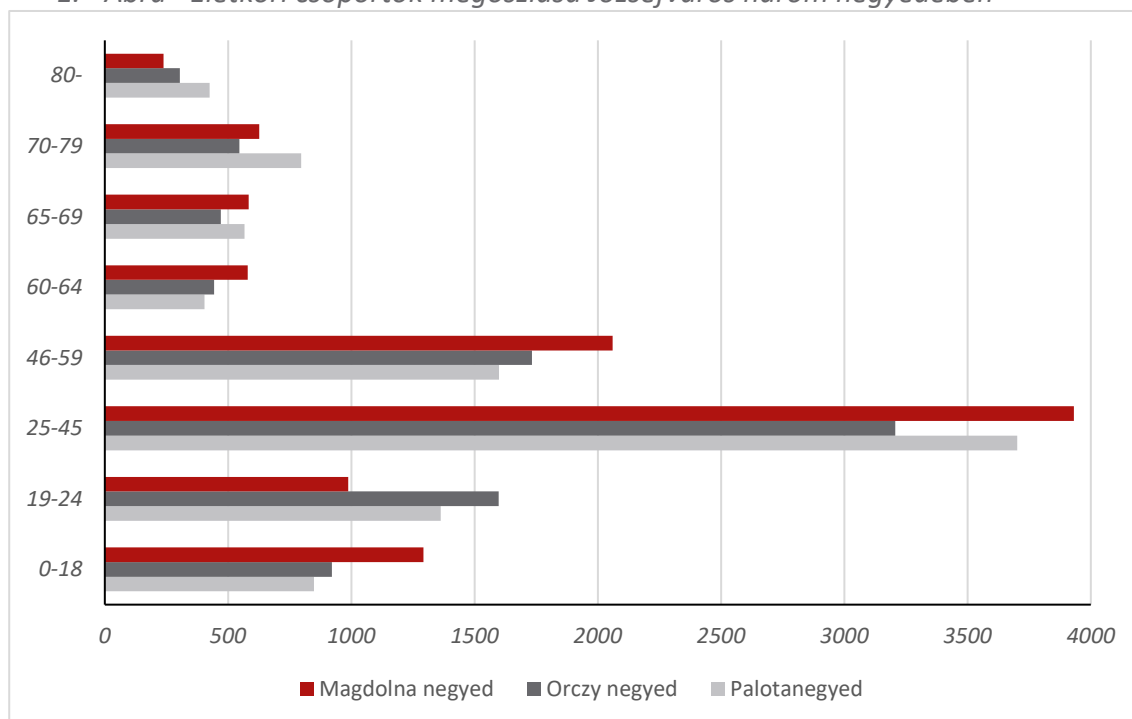
³ Adatok forrása: KSH StatInfo adatbázis – A továbbszámított népességjárások szerint. <https://statinfo.ksh.hu/Statinfo> és a KSH 2022-es népszámlálási adatbázisának részletes adatai.

⁴ A kerületi státusz mutató 0 és 3 érték közötti számot vesz fel: 0-t, ha adott negyed mindhárom értéke rosszabb (m²/fő esetén alacsonyabb, az iskolai végzettség és roma arány esetén magasabb); 3-at, ha jobb a kerület egészére vonatkozó értéknél. 2-t vesz fel abban az esetben, ha a 3 mutató közül 2 értéke jobb; 1-et pedig akkor, ha csak egy érték jobb a kerületi átlagnál.



és aránya, miközben a 0-18 éves népesség száma és aránya ennek éppen az ellenkezőjét mutatja (1. Ábra).

1. Ábra –Életkori csoportok megoszlása Józsefváros három negyedében



Forrás: Népszámlálás 2022

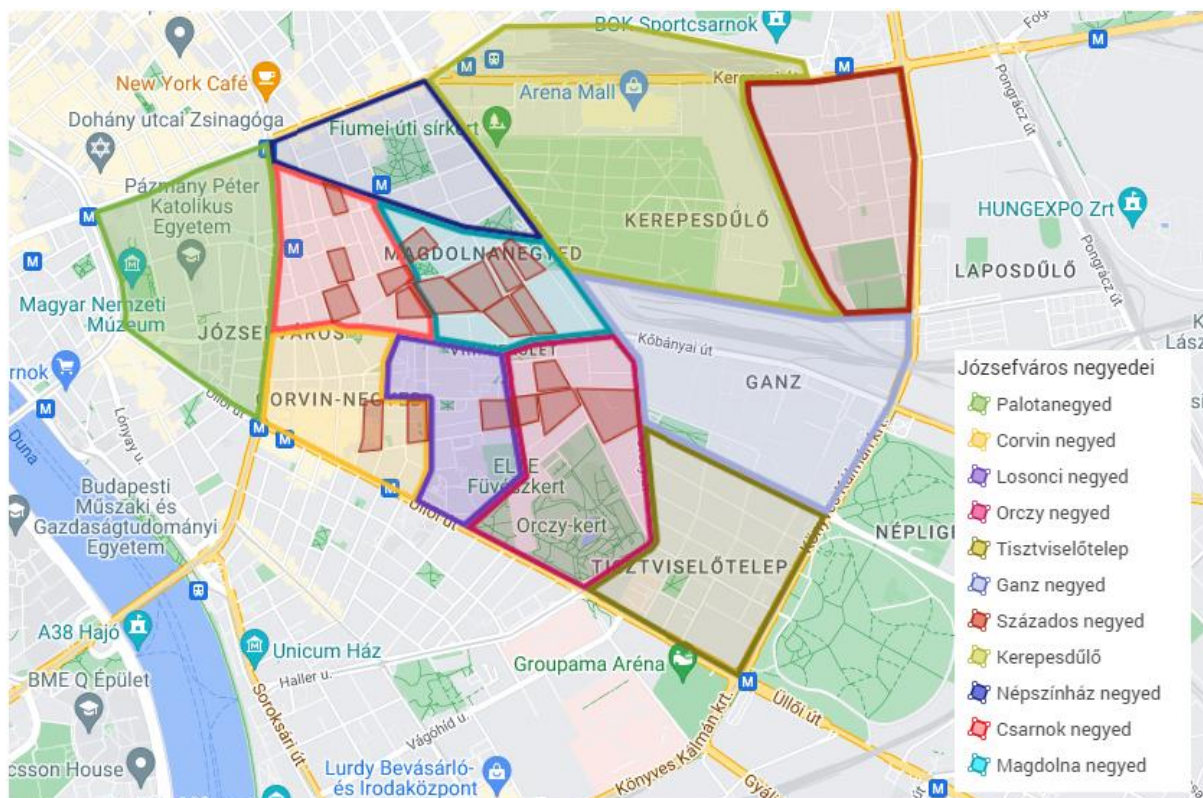
Az életkori csoportokon belül a nemek megoszlása mindhárom negyed esetében hasonló: általában többen vannak a nők, mint a férfiak.

A kerület külföldi állampolgárainak aránya (12%) jóval magasabb, mint a fővárosi arány (5,83%), de ez nem tér el a VII. és IX. kerületek arányaitól. A külföldi józsefvárosi lakosok csoportján belül 10,65% az Ukrajnából érkezett személyek száma.

A Magdolna és Orczy negyedekre való célzást a szociális tulajdonágok mellett az is megerősíti, hogy a kerület szegregátumai is ebben a két negyedben találhatók meg a legnagyobb arányban (2. ábra). A szegregátumok lehatárolása és meghatározása KSH adatok alapján, a 314/2012. (XI. 8.) Korm. rendeletben írtaknak megfelelően állami feladatkörbe tartozik, így az elemzés során ezeket mi is adottnak vettük.



2. Ábra – Józsefváros negyedei és szegregátumai



A térkép a VIII. kerület szegregátumait (piros négyszögek) és negyedeit (eltérő színű sokszögek) ábrázolja.

Forrás: Saját térkép a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt és Józsefváros Önkormányzatának adatai alapján

Az egészségi állapotot egyrészt halálozási, másrészt az ellátórendszer bizonyos igénybevételi adatai alapján becsültük.

Egészségi állapot a halálozási adatok alapján

A halálozás az egészséggel-(nép)egészségüggyel kapcsolatos szükségleteknek csak egy részére világít rá, a népesség általános egészségi állapotának mégis az egyik legfontosabb mutatószáma. A KSH Statinfo adatbázisa alapján elemeztük a VIII. kerület halálokok szerinti halálozási viszonyait, a VI., VII, IX. kerületével, Budapestével és Magyarországéval hasonlítva össze azokat, összevonva a 2018-2022 közötti évek értékeit. A leggyakoribb halálokokat vizsgáltuk, ezek együtt a teljes halálozás közel 83 százalékáért felelnek⁵. A nyers halálozási adatokat a magyar népesség kor és nem szerinti megoszlása alapján, indirekt módon standardizáltuk. A Magyarországgal való összevetéshez közvetlenül a (százalékban kifejezett) indirekten standardizált mortalitási ráta használható, ami azt veti össze, hányan kellett volna, hogy meghaljanak, ha a kerületben is az országos értékek érvényesek, és hányan haltak meg valójában. Ha ennek a mutatónak az értéke nagyobb 100-nál, akkor Józsefvárosban többen

⁵ A részletes vizsgálatba csak a leggyakoribb daganatos halálokokat vontuk be. Bár a daganatos halálozás a teljes halálozásnak közel 20%-át jelenti Józsefvárosban is, ez nagyon sokféle daganat között oszlik meg, ezért az egyes daganatfajták szerinti esetszámok alacsonyok. Ugyanakkor, mivel népegészségügyi szempontból a különböző daganatfajták nagyon eltérőek (pl. megelőzhető vagy sem, kezelhető vagy sem stb.), nem érdemes együttesen elemezni őket.



halnak meg az adott betegségben, mint az az országos halálozás alapján várható lenne. A Budapesttel, illetve a VI., VII. és IX. kerülettel való összevetéshez ezeknek a rátáknak az egymáshoz képesti arányait használtuk, ezek ugyanígy értelmezhetők.

A halálozási adatokhoz mi kerületi szinten tudtunk csak hozzáférni, de korábbi vizsgálatok (Kovács, 2012) igazolták, hogy a kerület közel sem homogén ebből a szempontból: minél rosszabb egy negyed lakóinak szocioökonómiai státusza, annál rosszabb egészség-kimenetekre számíthatnak. Ez teljesen egybecseng az egészségi állapot társadalmi státusz szerinti egyenlőtlenségeinek korábbi, átfogó vizsgálataival (Hablicsek, Kovács, 2007). Vagyis a VIII. kerület „átlagosan” rossz várható élettartam-adatai jelentős egyenlőtlenségeket fednek el, az átlagos egészségi állapot javítása – a fentiekkel összhangban – a hátrányosabb helyzetű lakosságcsoportokra való célzással érhető el.

A 2. Táblázatban összefoglaljuk, hogy mely betegségek szerinti halálozás magasabb Józsefvárosban, mint Magyarországon, Budapesten, vagy a szomszédos (VI., VII., IX.) kerületekben.

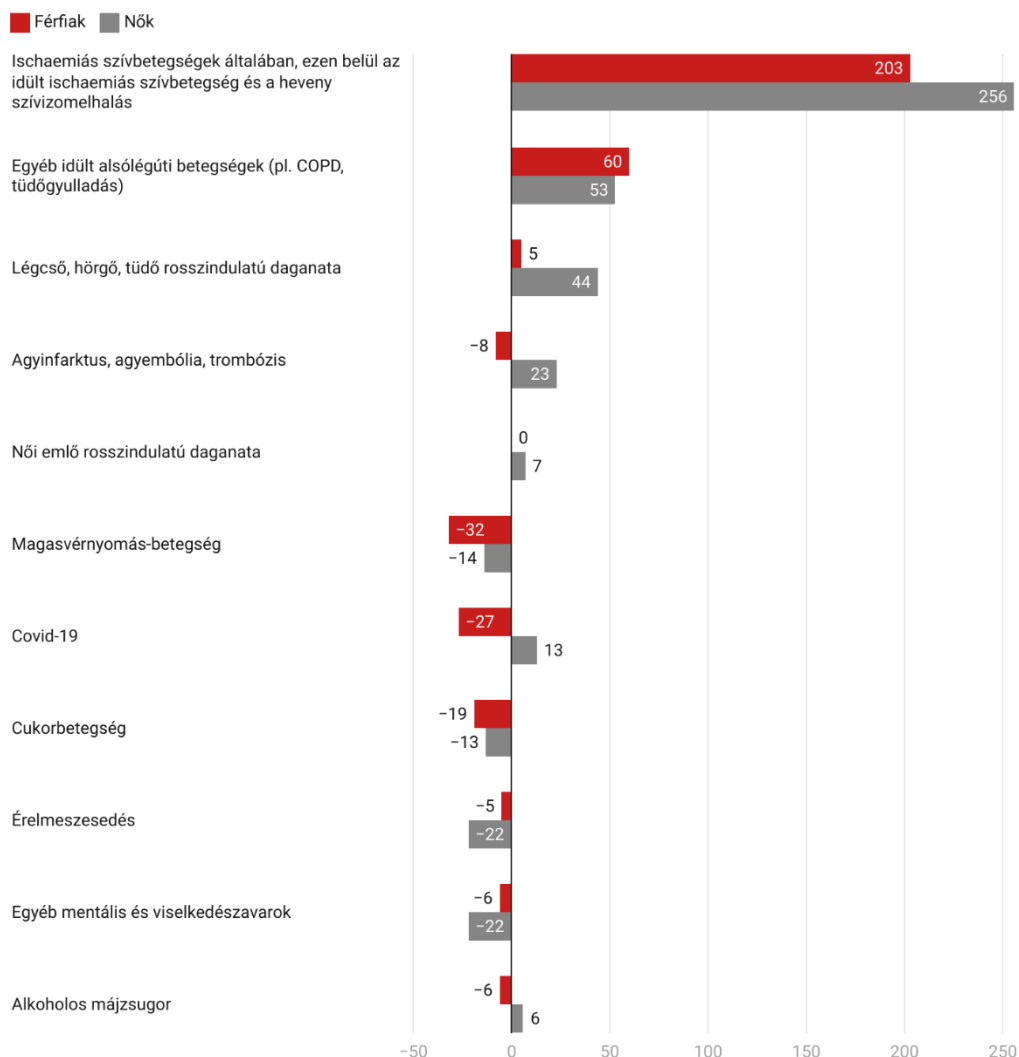
2. Táblázat – Az országos vagy budapesti összehasonlításban kirívóan magas halálozású halálokok Józsefvárosban (2018-2022)

	Minden összevetésben rosszabb		Jobb, mint HU, de rosszabb, mint BP, VI, VII, IX ker	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Ischaemiás szívbetegségek általában, ezen belül az idült ischaemiás szívbetegség és a heveny szívizomelhalás	X	X		
Egyéb idült alsólégúti betegségek (pl. COPD, tüdőgyulladás)	X	X		
Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata	X	X		
Agyinfarktus, agyembólia, trombózis		X	X	
Női emlő rosszindulatú daganata	-	X	-	
Magasvérnyomás-betegség			x	x
Covid-19		x	x	
Cukorbetegség				x
Érelmeszesedés			x	
Egyéb mentális és viselkedészavarok			x	x
Alkoholos májzsugor		x	x	

Forrás: KSH Statinfo



3. Ábra: Többlethalálozás 2018-2022 között



Az ábra a kirívóan magas halálozású halálokok szerinti többlethalálozást mutatja 2018 és 2022 között Józsefvárosban. A pozitív számok esetén azt, hogy hányan haltak meg többen, negatív számok esetén hányan haltak meg kevesebben ahhoz képest, mint ha a halálozás az országos átlagnak lett volna megfelelő.

Forrás: KSH Statinfo

A fentieknek megfelelően jelentős a többlethalálozás a kerületben: 2018 és 2022 között 268 férfi és 400 nő, átlagosan évi 133 ember halt meg, akik – ha a kerület halálozási viszonyai megfelelnek az országosnak – még élhetek volna (3. ábra). Még ha figyelembe vesszük azokat, akik a bizonyos halálokok szerint az országosnál jobb értékeknek köszönhetően nem veszítették el életüket, akkor is évente közel 80-nal hálnak meg itt többen, mint az országos értékek alapján várható lenne.

Az általános egészségi állapotot a fentiekén túl jól jellemzi az idő előtt (65 év alatt) bekövetkező halálozás gyakorisága is. Az általunk használt adatbázisban ezt csak azok körében mérték, akik legalább 5 éve ugyanannál a háziorvosi praxisnál vannak regisztrálva. A kerületben ezek közül az emberek közül összesen 165-en haltak meg 65 éves koruk előtt 2019-ben, ebből 39-en szegregátumban éltek. A kerületi érték 18, a szegregátumi 36%-kal haladja meg az országost, ami a teljes kerületben 25, csak a szegregátumokban 10 többlethalált jelent az országos értékekhez képest.



A legnagyobb halálozási többletletterhet jelentő betegségcsoportok a szív- és érrendszeri betegségek, és a különféle idült alsólégúti betegségek (ide tartozik például a fertőzések szövődményeként kialakuló tüdőgyulladás is) mindkét nemnél, továbbá a nők esetében a légzőszervi daganatok és az agyi keringési katasztrófák. Ugyancsak a nők esetében említésre érdemes az emlő daganata és az alkoholos eredetű májsugor – bár ezek csak kevesebb embert érintenek, de mindkettő megelőzhető, illetve kezelhető betegség.

Egészségi állapot az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele⁶ alapján

Az egészségi állapot becslésének másik lehetséges módja, hogy megvizsgáljuk, hányan vették igénybe az egészségügy különböző ellátásait. Ennek a módszernek azonban számtalan hátulütője van, ezért nem tekinthető teljesen megbízhatónak. Az igénybevételt befolyásolják az ellátott lakosság különféle, az egészségi állapotukon kívüli jellemzői is (például az egészségről és az egészségügyi rendszerről való tudásuk, az önértékelvényesítő képességük), és az ellátások fizikai elérhetősége is. A magasabb vagy alacsonyabb igénybevétel nem jelent feltétlenül magasabb vagy alacsonyabb szükségletet, esetleg csak jobb vagy rosszabb hozzáférést az ellátásokhoz.

Ezért itt most csak a különféle egészségproblémák miatti kórházi felvételi arányokat tekintjük, mint az egészségi állapot indikátorait. A fekvőbeteg-ellátás az egészségügyi rendszer legmagasabb szintje, ahova elvileg azok a betegek kerülnek, akiknek a problémáit a járóbeteg szak- vagy alapellátásban már nem lehet megoldani. Ez természetesen ellátási hiányosságokkal is összefügghet, de vélelmezhető, hogy az adott betegségekkel kapcsolatos magasabb kórházi felvételi ráta rosszabb egészségi állapotot is jelez. Az ellátórendszer esetleges hiányosságainak elemzésére a tanulmány következő szakaszában térünk ki.

Elemzésünk egyik, 2019-re vonatkozó felében Józsefváros teljes lakossága mellett a józsefvárosi szegregátumokban élők ellátási értékeire is kitérünk. Mindkettőt ahhoz viszonyítjuk, hogy – az adott területek életkori és nemi összetételét, és a közgyógyellátásban részesülők számát, mint a szocioökonómiai státusz mutatóját használva – hogyan alakulnának az ellátási számok, ha a kerület és annak szegregátumai mindenben megegyeznének a teljes magyar népességre vonatkozó értékekkel. A halálozási adatokon alapuló elemzéshez hasonlóan itt is az országos adatok alapján várható és a tényleges értékeket vetettük össze: a pozitív számok többletet jelölnek, a negatívak „hiányt” (vagyis jelen esetben azt, hogy kevesebb ellátás történt, mint az országos adatok alapján várható lenne). A 2023-as adatokon végzett elemzésben a belső kerületek és Budapest teljes lakosságát figyelembe véve azt számoltuk ki, hogy hogyan alakulna az ellátás (arányok és létszámok), ha a VIII. kerületi ellátás a szomszédos kerületekkel azonos lenne. Mindkét esetben bemutatjuk, hogy százalékosan hogyan térnek el a tényleges, józsefvárosi adatok az összehasonlításként használt területekétől, és hogy ez szám szerint mennyivel több vagy kevesebb ember kórházba kerülését jelenti a VIII. kerületben.

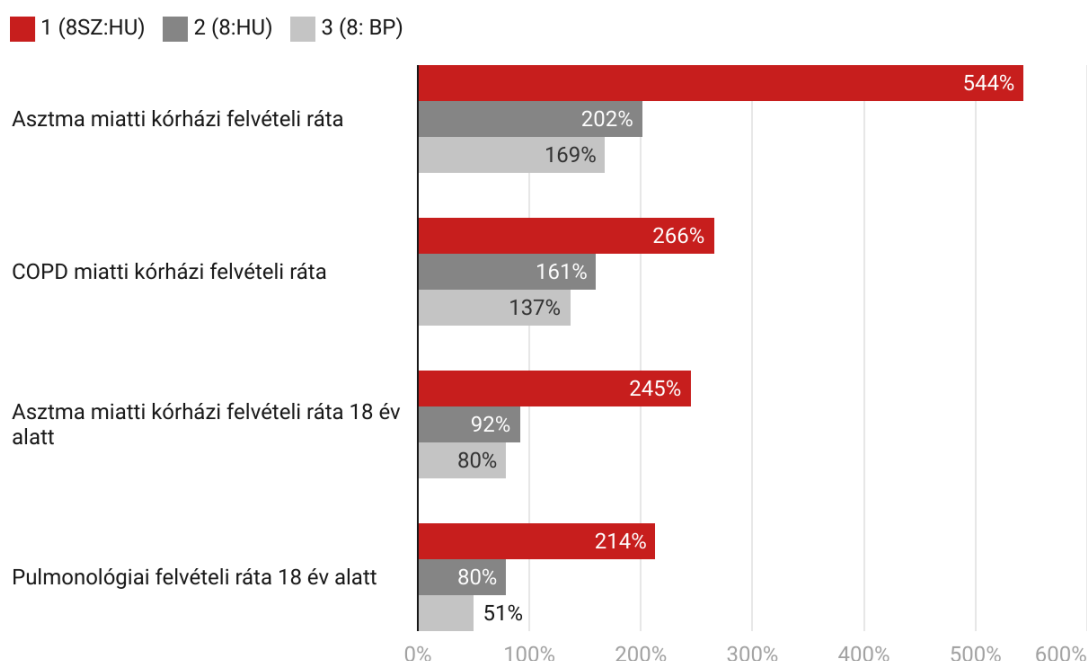
A 4. és 5. ábrán légzőszervi okokból történő kórházi felvételi ráták (asztna és pulmonológia a 18 év alattiaknál; asztna és COPD a felnőtteknél, összesen 190 többlet kórházi felvétellel)

⁶ Az elemzésben két különböző adatbázisra támaszkodunk: az egyik nem és kor szerinti standardizált adatokat és több változót tartalmaz, valamint elkülöníthetők benne a szegregátumokban élők adatai, de 2019-re vonatkozik és nem teszi lehetővé a belső kerületek egymással való összehasonlítását. A másik 2023-mas, tartalmaz adatokat a VI. és VII. kerületre is, de nem standardizálható, és nem tartalmaz külön a szegregátumokra vonatkozó információkat.



láthatók. A szegregátumok és a teljes kerület különbségei rámutatnak a szegregált területek lakosságának bizonyos betegségek tekintetében különösen előnytelen helyzetére. Kiegészítésként a Függelék 16. Táblázatában a felvételi rátákhoz kapcsolódóan további mutatókat is bemutatunk (stroke, alkoholos májbetegség, szívinfarktus, depresszió miatti felevételi ráták), melyek jóval kisebb mértékben térnek el az országos és budapesti értékektől. Az alkoholos májbetegség miatti felvételi rátát kifejezetten azért is szerepeltetjük, hogy rámutassunk: a szükséglet nem feltétlenül jár együtt az egészségügyi ellátásba való bekerüléssel – a nők körében ugyan magas az alkoholos eredetű májsugor miatti halál a kerületben (3. ábra), ez mégsem jelenik meg kiugró mértékű igénybevételben.

4. Ábra: Kórházi felvételi ráták többlete (% , 2019)



1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján



5. Ábra: Kórházi felvételi ráták többlete (fő, 2019)

■ 5 (8SZ többlet) ■ 6 (8 többlet)



5 - Többlet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 - Többlet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján

A NEAK 2023-as, kórházi felvételi rátákat tartalmazó adatai szerint a VI., VII. és IX. kerülettel és összességében Budapesttel összevetve is magasabb a józsefvárosiak kórházba kerülési valószínűsége az asztmát, pszichiátriai kórképeket, rheumatoid arthritist, végtagamputációt és az alkoholos májbetegséget tekintve, míg a combnyaktörés esetében minden összehasonlításban jobbnak tűnik a helyzet Józsefvárosban. Szem előtt kell ugyanakkor tartani, hogy ezek az eltérések éppúgy fakadhatnak az összehasonlítás alapjául használt területek jellemzőiből, mint Józsefvároséiból, valamint, hogy ez a 2023-as adatbázis nem tette lehetővé a kor- és nem szerinti standardizálást, ezért az eltérések hátterében a lakosság eltérő összetétele is meghúzódhat.

Ezek a betegségek számtalan, az egészségügytől független (életmódi, környezeti, az ezeket meghatározó szocioökonómiai) tényezővel összefüggnek – ezek elemzésébe nem megyünk bele részletesen. Ugyanakkor fontosnak tartjuk röviden szót ejteni a tüdőgyógyászati betegségek hátteréről. Alapvetően három lehetséges okot sejtethetünk az asztma és a COPD magas aránya mögött: a COPD kiugró prevalenciája a dohányzás szerepére utal, és kétségtelen, hogy ez fontos tényező. A rendelkezésünkre álló adatok alapján nem deríthető fel a dohányzás prevalenciája a kerületben, de a megszólított szakemberek jelentős problémaként számoltak be erről, kiemelve a kiskorúak és a várandós nők dohányzását is. A 18 év alattiak tüdőbetegségekkel kapcsolatos érintettsége nem csak a saját, de a passzív dohányzással is összefüggésben lehet. A tüdőbetegségek hátterében álló további, lehetséges magyarázó tényezők elsősorban környezeti: egyrészt a légszennyezettség, másrészt a lakóingatlanok belső levegőminősége. A külső levegőminőség szempontjából nincs okunk jelentős különbséget feltételezni a VIII. és a többi belső kerület között (Levegő Munkacsoport, n.d.). Az viszont tudott, hogy a VIII. kerület lakóingatlanjainak egy része rossz állapotú, vizes, salétromos (Józsefvárosi Újság, 2022). Ezt a kerület egy védőnőjével készített interjúnk is megerősítette.

Összességében az igénybevételi adatok alapján kiemelkednek a légzőszervi betegségek (asztma, COPD), és a pszichiátriai kórképek – ezeken a területeken valószínűsíthető emelkedett szükséglet a józsefvárosi lakosok részéről.



Egészségügyi ellátás a kerületben – helyzetkép, kihívások

Budapest VIII. kerülete valószínűleg Magyarország egészségügyi szolgáltatásokkal egyik legsűrűbben ellátott része, hiszen a Semmelweis Egyetem klinikáinak jelentős része itt található. De ebben a tanulmányban kifejezetten a kerületi lakosokat ellátó szolgáltatókra – háziorvosokra, védőnőkre, járóbeteg-szakellátásra – koncentrálunk.

Józsefvárosban összesen 8 gyermek és 48 felnőtt háziorvosi körzet van. A felnőtt háziorvosi körzet közül 44-nek van olyan kötelezettsége, hogy ellássa az ott lakókat, míg 4-nek nincs. Ebben a javaslatban csak azokra a felnőtt háziorvosokra összpontosítunk, akik rendelkeznek ilyen kötelezettséggel. A hét rendelőhöz tartozó körzetek és a hozzájuk tartozó bejelentkezett betegek száma és megoszlása a 3. táblázatban látható.

3. Táblázat – Háziorvosi körzetek és a bejelentkezett biztosítottak száma rendelőnként

Rendelő címe	Háziorvosi körzetek és orvosok száma (db)	Bejelentkezett biztosítottak száma (fő)
1084 Budapest, Auróra utca 22-28.	12 ⁷	13.069
1087 Budapest, Hungária körút 30/A	2	3.115
1085 Budapest, József körút. 36.	5	5.438
1089 Budapest, Kálvária tér 18.	5	6.626
1088 Budapest, Mikszáth tér 4.	8	11.222
1089 Budapest, Orczy út 31.	4	3.806
1083 Budapest, Szigony utca 2/B	8	9.313
Összesen	44	52.589

Forrás: NEAK

A NEAK adatai alapján az egy körzetre jutó páciensek száma 700 és 1500 közötti. Ha az átlagos kerületi beteg-számokat összehasonlítjuk a demográfiai és népességszám tekintetében hasonló VI., VII., és IX. kerület körzeteivel, azt láthatjuk, hogy az 1100 és 1200 közé eső átlagos VIII. kerületi praxisméret hasonló a VI. és VII. kerületihez, a IX. kerülettel és a budapesti átlaggal való összehasonlításban ugyanakkor ezek a praxisok relatíve kicsinek tekinthetők (4. Táblázat). Az interjúk során a kerület háziorvosai közül többen megfogalmazták: képesek lennének a jelenleginél több beteg ellátására is. A praxisméret egyrészt az egy betegre jutó idő, másrészt a háziorvosi finanszírozás szempontjából fontos: utóbbinak egy jelentősebb része a praxishoz bejelentkezett páciensek számával arányos.

⁷ Az Auróra utcai rendelő 12 háziorvosi praxisa közül 1 betöltetlen. Ehhez a praxishoz 965 bejelentkezett biztosított tartozik, a táblázatban látható összegbe őket is beleszámoltuk.



4. Táblázat – Felnőtt háziorvosi szolgálatok és betegek száma (2023)

Kerület	Háziorvosi szolgálatok száma (db)	Bejelentkezett biztosítottak átlagos száma (fő)
VI. kerület	27	1.342
VII. kerület	34	1.128
VIII. kerület	48	1.156
IX. kerület	30	1.633
Budapest	898	1.478

Felnőtt háziorvosi körzetek területi ellátási kötelezettséggel vagy anélkül

Forrás: NEAK

A kerület területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező háziorvosaihoz bejelentkezett 52.600 főnek közel a fele, összesen 44%-a ugyanakkor nem kerületi lakos. Ez az arány a vizsgált többi, szomszédos belső kerületben is hasonló, és valamennyiben lényegesen magasabb a budapesti átlagnál (5. táblázat). Ugyancsak valamennyi vizsgált, belső pesti kerületben magas azoknak az aránya, akik kerületen kívüli háziorvoshoz vannak bejelentkezve, szemben a viszonylag alacsony budapesti átlagos (a kerületek értékei alapján számított) aránnyal:

5. Táblázat – Háziorvoshoz való bejelentkezés, a lakosságszám arányában (%) (2023. december)

	BP	VI. kerület	VII. kerület	VIII. kerület	IX. kerület
A kerületi háziorvosokhoz bejelentkezett, nem kerületi, felnőtt betegek aránya	16,69	57,79	49,74	44,25	47,96
A nem kerületi háziorvoshoz bejelentkezett, kerületi felnőtt betegek aránya	5,92	25,67	27,81	25,95	24,12
Azon kerületi felnőttek aránya, akik nincsenek bejelentkezve háziorvoshoz sehol	8,30	13,76	12,97	12,73	8,85
Azon kerületi lakosok aránya, akik nem rendelkeznek érvényes biztosítási jogviszonnyal	2,52	4,12	4,51	5,14	3,21
Különbség a kerületi lakosságszám és a NEAK adatai között (a lakosságszám arányában)	6,19	9,59	12,47	9,35	13,79

Forrás: NEAK

Ez azt jelenti, hogy a belső kerületek, így a Józsefváros háziorvosai sem igazán tekinthetők az adott kerület lakosságát ellátó háziorvosoknak. A rendelkezésünkre álló adatokból sajnos nem derül ki ezeknek az átmozgásoknak az iránya, de tekintve, hogy az átlagos budapesti érték sokkal alacsonyabb, valószínűsíthető, hogy az főképp a belső kerületek között történik.

A fővárosban, a belső kerületekben és Józsefvárosban is 10% körüli azoknak a felnőtteknek az aránya, akik sehol nincsenek háziorvoshoz bejelentkezve, vagyis nincs kapcsolatuk a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszernek ezzel a legalsó szintjével. Ez az esetek nem kis részében akár ellátatlanságot is jelezhet. Probléma az is, hogy a NEAK adatai szerint a belső kerületek, így Józsefváros felnőtt lakosságának 5%-a egyáltalán nem rendelkezik érvényes



biztosítási jogviszonnyal.

A 6. táblázatban azt látjuk, hogyan oszlik meg ez a két, potenciálisan ellátatlan csoport életkor és nem szerint. A középkorú, 40-54 közötti férfiak között a legmagasabb mindkettőnek az aránya. Az, hogy ne lennének háziiorvoshoz bejelentkezve, inkább a férfiakra jellemző, de a 40-54 közötti nők 14%-ának sincs saját háziiorvosa. Az érvénytelen TAJ-szám jellemzőbb a fiatalok, mint az idősebbek között.

6. Táblázat – Potenciálisan ellátatlan csoportok száma és (az adott csoporthoz képesti) aránya életkori és nemi csoportok szerint (2023)

	Férfiak				Nők			
	18-39	40-54	55-69	69+	18-39	40-54	55-69	69+
Nincs háziiorvosa (fő)	1.934	1.474	900	420	1.298	1.007	658	430
Nincs háziiorvosa (a csoport %-ában)	13	18	17	16	9	14	11	9
Nincs érvényes TAJ-száma (fő)	869	655	314	48	684	456	209	43
Nincs érvényes TAJ-száma (a csoport %-ában)	6	8	6	2	5	6	3	1

Forrás: NEAK

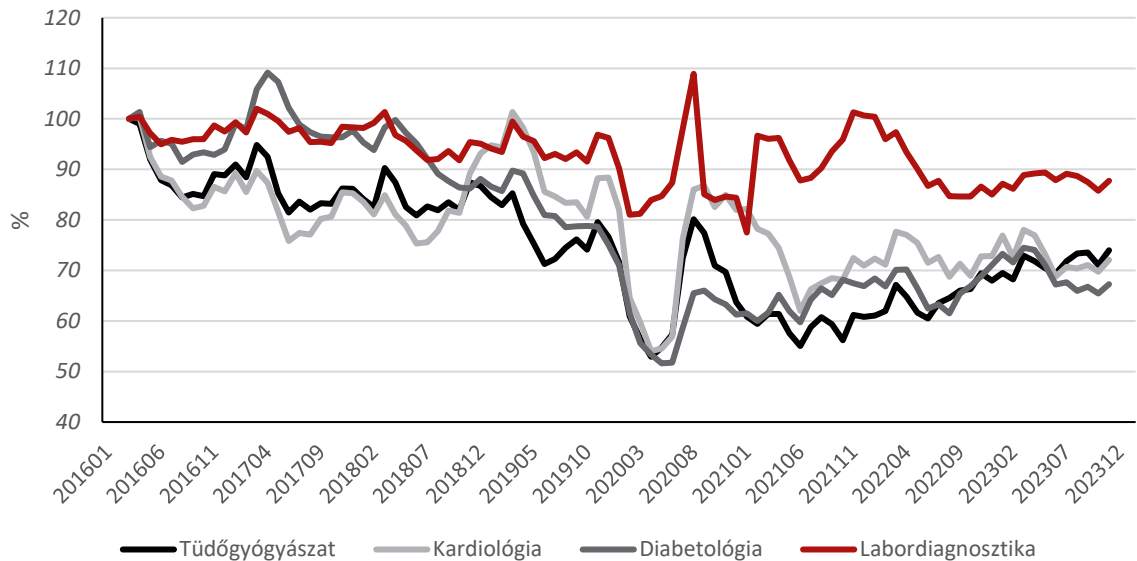
A háziiorvosi alapellátáson felül szűrésekkel, szakrendeléssel a szintén az Auróra utca 22-28-as szám alatt található kerületi járóbeteg-ellátási központ, a Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központ (JEK) foglalkozik. A józsefvárosi háziiorvosok szakrendelésre jellemzően a JEK-be küldik tovább betegeiket, így a kerületi egészségügyi ellátás szempontjából a – Józsefvárosi Önkormányzat által fenntartott – központnak kulcsszerepe van.

A kerületi járóbeteg-szakellátás elemzése és értékelése nem egyszerű kutatói feladat: nehéz tiszta képet kapni például a rendelkezésre álló kapacitásokról a VIII. és a szomszédos kerületekben, de ezek értékelése sem egyértelmű. Elemzésünkben elsősorban a kerület lakosai által igénybe vett szolgáltatások mennyiségét elemeztük, és vetettük össze a szomszédos kerületekével. Ezzel kapcsolatban is meg kell jegyezni, hogy az egészségügyi szolgáltatások „elégességét” megítélni bizonytalan vállalkozás; az egyetlen, ami valamelyest biztosan állítható ezzel kapcsolatban az az, hogy ahol rosszak az egészségi állapot kimeneti mutatói, például a halálozás, ott nagy valószínűséggel lehetne egészségnyereséget elérni az ellátás mennyiségi és/vagy minőségi fejlesztésével. A másik indokunk az igénybe vételi adatok elemzésére az, hogy kutatásunk – fókuszcsoportok és interjúk – során többször találkoztunk a szakellátás hozzáférhetőségére, a hosszú várólistákra vonatkozó panasszal.

A COVID-járvány idején az egész országban mindenhol, minden egészségügyi szakmaterületen visszaesett a betegforgalom, a korlátozások, a betegek önkorlátozása, és egyéb okok miatt. Nem volt ez másként az általunk vizsgált kerületekben és szakmaterületeken sem, sőt, több szakmában tartósan látszik a visszaesés. A 6. ábra a VIII. kerületi lakosok által igénybevett szakellátások mennyiségét mutatja. Ez nem feltétlenül jelent a kerületben nyújtott szolgáltatást, de jelzi, hogyan alakul a lakosság hozzáférése a járóbeteg-szakellátáshoz.



6. Ábra: Szakellátások igénybevételének alakulása a VIII. kerületben (2016. január = 100%)



Forrás: PULVITA

A labordiagnosztika forgalma, amelyet először 2023. áprilisában 48 millió forinttal, a 2024-es évre 54 millió forinttal támogatott a Józsefvárosi Önkormányzat, 2024. elején 90%-a volt a 2016. elejének, míg a tüdőgyógyászat, a kardiológia és a diabetológia igénybevétele 70%-a a 2016. elejének. A teljes képhez hozzátartozik, hogy a csökkenés már a járvány előtt elkezdődött, különösen a kardiológia és a tüdőgyógyászat területén.

Sok tekintetben hasonló folyamatok zajlottak le a szomszédos kerületekben is, mégis jelentősek a különbségek (a kerületek összehasonlításáról ld. a Függelék 16. ábráit). A tüdőgyógyászati ellátások igénybevétele továbbra is a VIII. kerületben a legmagasabb, ami a tüdőbetegségek magas előfordulási számának ismeretében adekvátnak tűnik. A diabetológiai ellátás tekintetében jelentősen csökkent a kerületiek igénybevétele. A kardiológiai ellátásokat illetően szinte teljesen együtt mozog a VI., VII. és VIII. kerület igénybevétele, miközben a IX. kerületiek igénybevétele jelentősen növekedett a járvány óta. A labordiagnosztikai igénybevételben a VI.-VII. és a VIII.-IX. kerület mozog együtt.

Összességében ezt a négy kerületet és ezt a négy, a fő halálokok szempontjából releváns szakmát tekintve a diabetológiát kivéve nem kirívóak a VIII. kerületben lezajlott folyamatok. Sajnos, mivel nem rendelkezünk elegendő információval arról, a fenti adatok mennyire a járóbetegellátás keresletének és mennyire a (pénzzel, a JEK vezetői döntésével talán bővíthető) kínálatának korlátait tükrözik, nagyon nehéz belőlük preskriptív következtetéseket levonni. Mindazonáltal, ismerve a kerület kimagasló szív- és érrendszeri halálozási viszonyait, a kardiológiai ellátás igénybevételének növelése feltehetően hozna egészségnyereséget.

A JEK és a háziorvosi alapellátás mellett számos egyéb egészségügyi feladatot ellátó intézményt találhatunk Józsefvárosban. Bár ezeknek az intézményeknek a fenntartása nem tartozik az önkormányzathoz, gyakori az az eset, hogy a kerületi lakosok ilyen-olyan okok miatt mégis ezekben az intézményekben kötnek ki, ezért szerepük nem elhanyagolható.

A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSzKI) a fővároshoz tartoznak, de



épületei közül egy a VIII. kerületben, a Kőbányai út 22-es szám alatt található. A BMSzKI legnagyobb budapesti hajléktalanellátó szervezetként alapellátási és járóbeteg-szakellátási feladatokat is betölt, így rendelkezik 24 órás hajléktalan háziorvosi szolgálattal és kiegészítő mozgóorvosi szolgálattal is. Betegeik közül többen tartózkodási helyüket tekintve Józsefváros területén élnek. A fővárosi hajléktalanellátásnak ez a kerületi koncentrációja azért is lényeges, mert az ezekben az intézményekben ellátott hajléktalanok egy része kerületi bejelentett lakcímmel rendelkezik, akár csak adminisztratív okokból. Ennek jelen elemzés szempontjából leginkább azért van jelentősége, mert a legtöbb általunk használt adat – pl. halálozás, ellátások igénybevétele stb. – lakóhely-alapú, vagyis az ismerten rossz átlagos egészségi állapotú hajléktalan populáció⁸ értékei befolyásolják a kerületi értékeket, miként azt korábbi vizsgálatok igazolták is (Kovács, 2012). Ugyanezen okból fenntartásokkal kell kezelni a különböző pszichiátriai kórképekkel (depresszió, skizofrénia) kapcsolatos kórházi kezelések kiugró értékeit (Fadgyas-Freyler, 2017).

A BMSzKI mellett a Fiumei úti Baleseti Intézet, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) több klinikája és a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet is a kerületben helyezkednek el.

Az egészségügyi intézmények, rendelők, kórházak mellett a kismama és csecsemőgondozás szempontjából kulcsszerepe van a védőnői hálózatnak is, melyet immár az állami fenntartású kórházakhoz rendelve országos szinten tartanak fenn. Józsefvárosban 18 védőnői körzet van, ezek közül hármat helyettesítéssel old meg a kerületben tevékenykedő 16 védőnő (7. táblázat).

7. Táblázat – Védőnői körzetek száma rendelőnként

Rendelő címe	Védőnői körzetek száma (db)	Védőnők száma (fő)
1084 Budapest, Auróra utca 22-28. (Dél-pesti Centrumkórház)	8 ⁹	6
1088 Budapest, Gutenberg tér 3. (Dél-pesti Centrumkórház)	3	3
1083 Budapest, Szigony utca 2/A (Dél-pesti Centrumkórház)	7	7
Összesen	18	16

Forrás: Józsefvárosi Önkormányzat honlapja

Az országos alapellátási és népegészségügyi rendszer részét képezi a 2011 óta 61 [Egészségfejlesztési Irodából \(EFI\) álló hálózat](#). Az irodák fő célja az egészségügyi prevenció támogatása és az egészségtudatosság és egészségmegtartás fontosságának promotálása, továbbá a járásszintű Egészségfejlesztési Tervek elkészítésében való szerepvállalás. A fővárosban összesen 6 EFI működik, ezek közül egyik sem a VIII. kerületben. Hivatalosan Józsefváros a Pesterzsébeti Iroda alá tartozik, interjúink során azonban az derült ki, hogy valójában nincs semmiféle aktív kapcsolat a kerület és az EFI között.

⁸ A hajléktalanok mortalitására vonatkozó magyar adatot nem találtunk, de a nemzetközi szakirodalomban számos tanulmány igazolta ennek a populációnak a drámai mértékben magasabb kockázatát (pl. Meyer, Wyse, Logani (2023)).

⁹ Az Auróra utcai rendelő 8 védőnői körzete közül hármat helyettesítéssel old meg 6 védőnő.

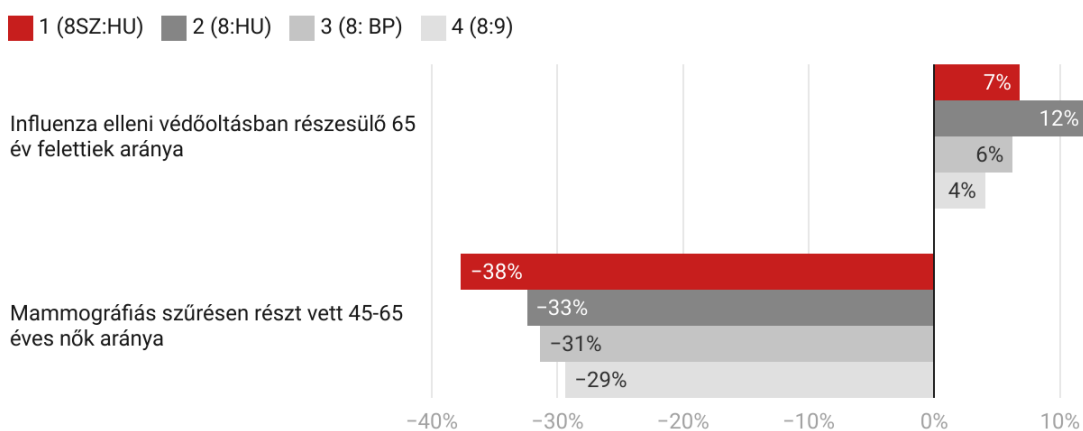


Az alábbiakban részben a [háziiorvosi indikátorrendszerben](#) szereplő mutatók, részben egyéb, a NEAK által gyűjtött adatok alapján árnyaljuk a VIII. kerületi lakosság egészséggel kapcsolatos szükségleteiről eddig elmondottakat.

Egészségügyi prevenció

Az oltások közül csak az influenzaoltásra, a szűrések közül pedig a mammográfiás szűrésre vonatkozó adatok voltak elérhetők. Ezek alapján mind a teljes VIII. kerület, mind a szegregátumok lakossága magas arányban vette fel az influenza elleni védőoltást 2019-ben, különösen a 65 év feletti korosztályban. Hasonlóan magasak volt az influenza-átoltottság 2023-ban is: valamennyi összehasonlításban 10, Budapesthez képest majdnem 40%-kal többen kaptak itt oltást a 60 év feletti korosztályban. Ugyanakkor sokkal alacsonyabb arányban vesznek részt a VIII. kerületi nők mammográfiás szűrésen, mint az az országos adatok alapján elvárható lenne: a kerületben majdnem 1200-zal, a szegregátumokban 300-zal kevesebb 45-65 közötti nőnél történt mammográfiás vizsgálat az elvártnál (7. és 8. ábra). Ezzel összefüggésben lényegesen, kerületi szinten 2019-ben 76%-kal, szám szerint 20-szal kevesebb emlődaganatos beteget sikerült szűrővel, vagyis várhatóan a betegség korábbi, és jobban kezelhető stádiumában azonosítani (Függelék 17. táblázata). 2023-ban a VII. kerülethez, Budapesthez és Magyarországhoz képest alacsonyabb, a VI. és a IX. kerülethez képest magasabb volt a mammográfiás szűrésen részt vevők aránya.

7. Ábra: Felnőtteknek szóló preventív szolgáltatások (szűrések, oltások) igénybevételi eltérése a VIII. Kerületben (% , 2019)



1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

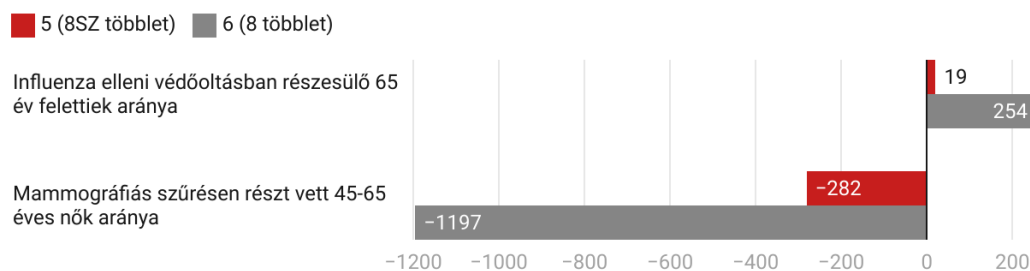
3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A teljes VIII. Kerületnek a teljes IX. Kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján



8. Ábra: Felnőtteknek szóló preventív szolgáltatások (szűrések, oltások) igénybevételi eltérése a VIII. Kerületben (fő, 2019)



5 - Többlet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 – Többlet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján

A kardiovaszkuláris szűrésen, kockázatbecslésen részt vett 65 év felettek aránya (amit a háziorvos végez és adminisztrál) a VII. kerületet kivéve minden más területhez képest magasabb volt a kerületben.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés általában

Budapesten összességében más az egészségügyi rendszer használatának struktúrája, mint országosan: lényegesen (27%-kal) alacsonyabb a háziorvos-beteg találkozások száma, majdnem 10%-kal kevesebben kerülnek kórházba, és miközben a járóbeteg-szakellátásban nagyjából ugyanannyian jelennek meg, mint az országos átlag, betegenként ez több találkozást jelent, ami az ellátási epizódok magasabb arányát eredményezi (Függelék 18. táblázat).

A háziorvosi ellátást illetően a VIII. kerületben is a budapestihez hasonló a helyzet: a teljes kerületben 22, és a szegregátumokban is 18%-kal alacsonyabb a háziorvos-beteg találkozások aránya, mint országosan. Bár ez a budapesti mintázatnak megfelel, mégis felmerül, hogy a VIII. kerületiek rosszabb egészségi állapotának, és ebből fakadóan magasabb szükségletének fényében ez kielégítetlen szükségleteket jelezhet.

A járóbeteg-szakellátás igénybevétele betegszám tekintetében a kerületben összesen nagyjából azonos a budapesti és az országos értékekkel, a VIII. kerületi szegregátumokban viszont 6% körüli többletet mutat. Ha nem a betegek, hanem az ellátási epizódok számát tekintjük ugyanakkor, tehát azt is figyelembe vesszük, ha egyvalaki többször is megfordult szakrendelésen, más képet kapunk: Budapesten 15, a VIII. kerületben 20, a VIII. kerület szegregátumaiban pedig 33%-kal több szakellátási epizódra került sor, mint országosan.

Kórházba kevesebb józsefvárosi, de több józsefvárosi szegregátumi lakos került 2019-ben, mint országosan, ha pedig az ellátási epizódokat tekintjük, vagyis azt is figyelembe vesszük, ha egy ember többször is volt kórházban, a VIII. kerületiek összességében 6, a kerületi szegregátumiak pedig 18 százalékkal nagyobb arányban veszik igénybe a fekvőbeteg-ellátást, mint az az országos érték alapján várható volna.

Ezeknek az adatoknak az értelmezése ismét csak ellentmondásos, hiszen egyszerre játszanak szerepet a keresleti, részben az objektív szükségletekkel, részben egyéb tényezőkkel összefüggő faktorok, és kínálatiak, elsősorban az ellátások elérhetőségével kapcsolatosak. Az elemzés



elméleti hátterét egyrészt a társadalmi státusznak az egészségügyi rendszer igénybevételével való, a világ számos országában megfigyelt, U-alakú összefüggése jelenti, mely szerint az alacsony státuszúak nagyobb arányban veszik igénybe az alap- és a kórházi ellátást, míg a magasabb státuszúak a járóbeteg-szakellátást (Filc et al, 2014); másrészt pedig az „inverz ellátás törvénye” (*inverse care law*) (Cookson et al, 2021), mely szerint az egészségügyi rendszerek többet költenek a magasabb státuszú, de alacsonyabb szükségletű társadalmi csoportokra, mint az alacsony státuszú, magasabb szükségletűekre.

A fentieknek megfelelően a háziorvosi ellátás alacsonyabb igénybevétele, még ha a budapesti trendeknek megfelel is, jelezhet ellátatlanságot, hiszen az U-alakú összefüggés alapján az átlagosan alacsonyabb státuszú VIII. kerületben az országosnál magasabb igénybevételt várnánk. A járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátás nagyobb arányú használata lehet a rosszabb egészségi állapot, magasabb szükségletek következménye – de feltehetően összefügg a kínálati tényezőkkel is.

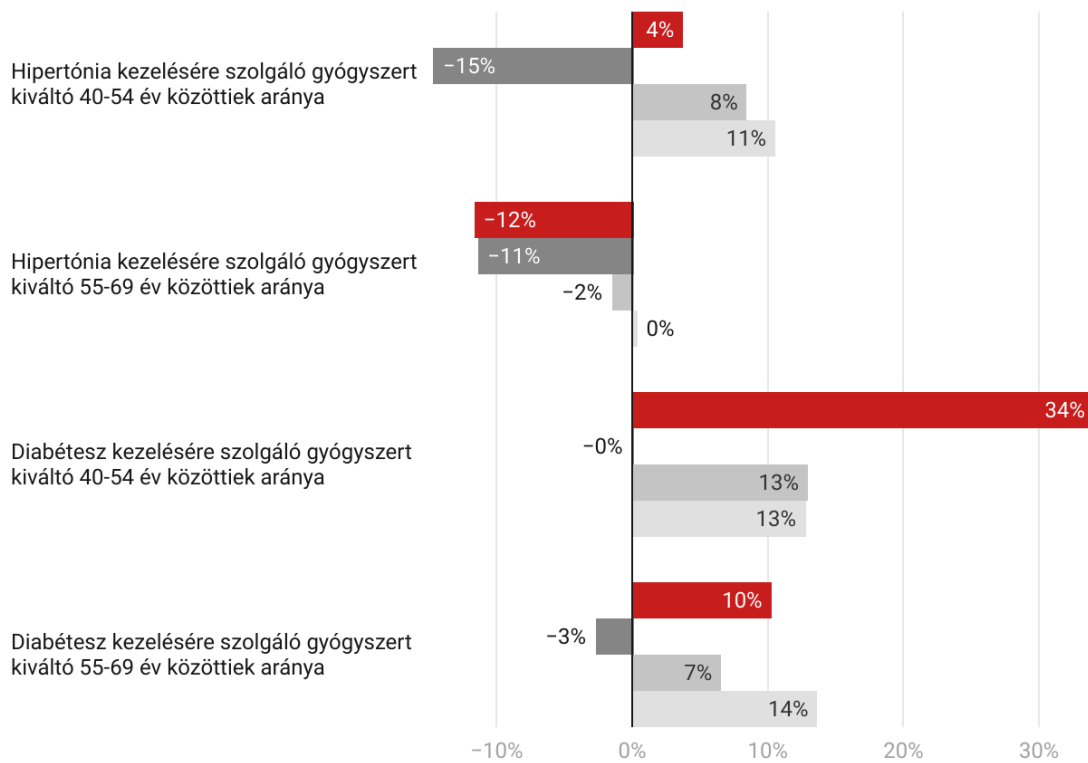
Az ellátáshoz való hozzáférés fontos dimenziója a szolgáltatásokon túl az egészségügyi termékekhez, elsősorban gyógyszerekhez való hozzáférés is. A 9. ábrán és a Függelék 19. táblázatban egyrészt a magas vérnyomásban és a cukorbetegségben szenvedők kezelésére szolgáló gyógyszereket kiváltók arányát láthatjuk. Ezek a mutatók gyakorlatilag azt mérik, mennyi az azonosított és kezelt hipertóniás és diabéteszes a kerületben, hogy feltehetően „megtalálja-e” a rendszer azokat, akiket kell; a háziorvosi indikátorrendszerben is ebből a célból szerepelnek. Ismerve a VIII. kerületi lakosság magas szív- és érrendszeri halálozását, és a végtagamputációk 2023-as adatok szerinti magas arányát (melyek mind a szív- és érrendszeri betegségekkel, mind a diabéteszrel összefügghetnek), az országosnál magasabb arányokat várnánk mindkét területen. Ezzel szemben a magas vérnyomás esetében a szegregátumokban a 40-54 közöttiekénél minimálisan több, a teljes kerületben viszont, és az 55-69 év közöttiekénél a szegregátumban és a teljes kerületben is kevesebb a kezelt betegek száma - összesen körülbelül 1150 beteggel kevesebb, mint ami az országos szinthez kéne, ami feltehetően még mindig alacsonyabb, mint a tényleges kerületi szükséglet. A 2023-as adatbázis valamivel jobb képet mutat: egyedül Budapesthez képest alacsonyabb a „felfedezett” betegek aránya. Ami ugyanakkor, tekintve hogy Budapest az egyik legjobb egészségű régió az országban, felkelti a gyanút, hogy inkább a többi, nem annyira magas státuszú kerület rosszabb ellátottsága áll-e a jobb összehasonlítások hátterében.

A diabétesz területén kevésbé rossz a helyzet, a szegregátumokban meghaladja a kezelt diabéteszesek aránya az országosan várható szintet, kerületi szinten viszont itt is mutatkozik hiány.



9. Ábra: A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés eltérései a gyógyszerfogyasztás alapján (% , 2019)

■ 1 (8SZ:HU) ■ 2 (8:HU) ■ 3 (8:BP) ■ 4 (8:9)



1 – A VIII. kerület szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

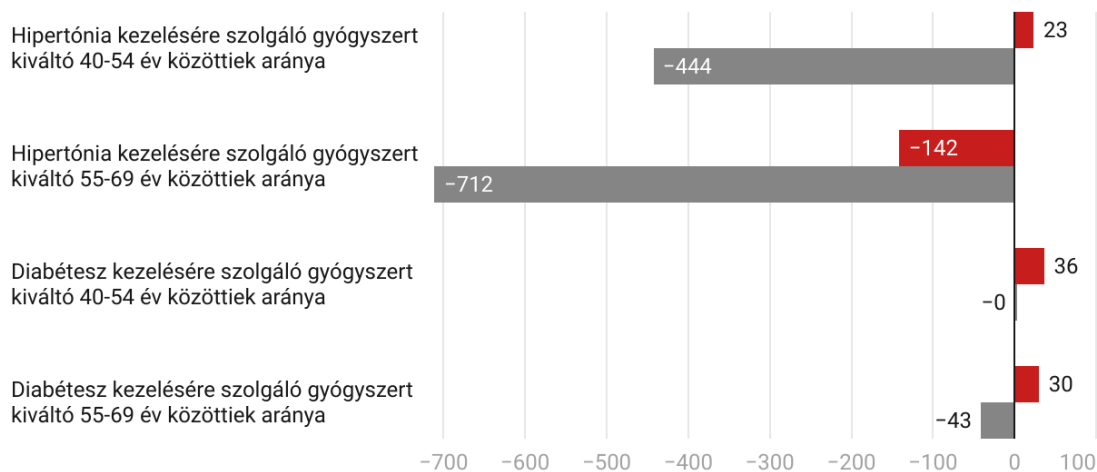
4 – A teljes VIII. kerületnek a teljes IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján



10. Ábra: A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés eltérései a gyógyszerfogyasztás alapján (fő, 2019)

■ 5 (8SZ többlet) ■ 6 (8 többlet)



5 - Többlet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

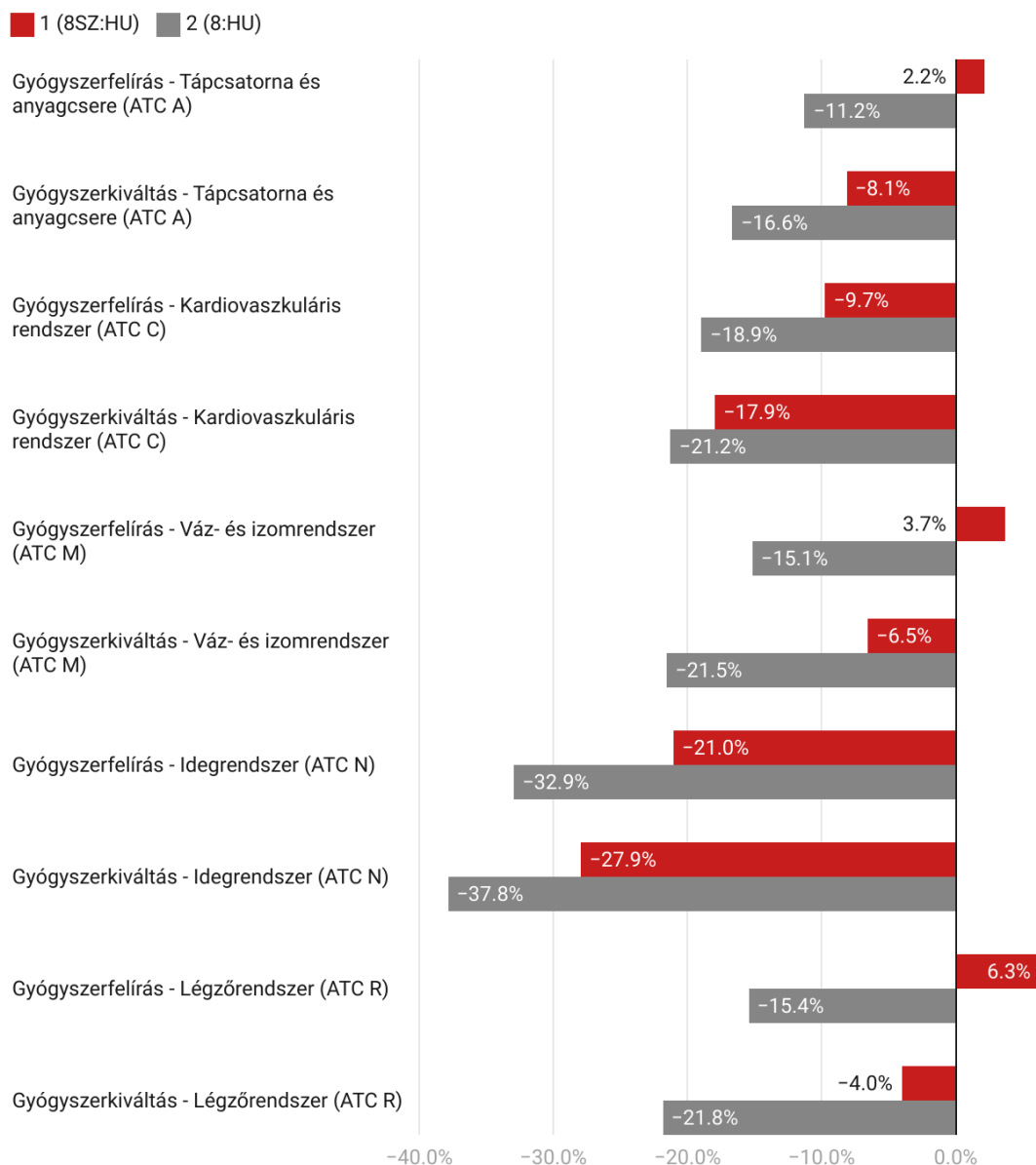
6 – Többlet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján

A további vizsgált mutatók a főbb betegségcsoportokra alkalmazott gyógyszerek felírási és kiváltási arányát mutatják, mindkettőt a felnőtt korú lakossághoz mérten. Mindkét mutató jelezheti a szükségletet, de az ellátáshoz való hozzájutás is hatással van rájuk. Ha a kiváltás alacsonyabb, mint a felírás, az azt jelzi, hogy nem minden felírt gyógyszert váltottak ki a betegek, aminek számos oka lehet, az orvosi utasítások be nem tartására vonatkozó döntéstől odáig, hogy anyagi vagy más, a hozzáféréssel összefüggő okokból nem váltja ki a gyógyszert valaki.



11. Ábra: A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés eltérései a VIII. kerületben az országos értékekhez képest, a gyógyszerfogyasztás alapján (% , 2019)



1 – A VIII. kerület szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján

Mint a 11. ábrán látható, kevés kivételtől eltekintve minden feltüntetett gyógyszercsoportban kevesebb gyógyszert írnak fel a VIII. kerületi lakosoknak, és azok még kevesebbet váltanak ki, mint az országos adatok alapján várható volna. Az, hogy kevesebb gyógyszert írnak fel a kerületieknek (a tápcsatorna- és anyagcsere gyógyszereiből 11, kardiovaszkuláris szerekből 19, mozgásszervi szerekből 15, idegrendszeri szerekből 33, légzőrendszeri szerekből pedig 15%-kal) feltehetőleg az ellátórendszer hiányosságait jelzi, jóllehet, pozitív eredmény, hogy a szegregátumok magasabb szükségletekkel rendelkező lakosai esetében minden gyógyszercsoportban kisebb az elmaradás az országos értékektől, mint a teljes kerület esetében (10. és 11. ábrák). A gyógyszerkiváltás ugyanakkor jobban elmarad a felírttól a



szegregátumokban, mint a teljes területben, és így minden gyógyszercsoportban az országos érték alatt marad. A gyógyszerkiváltással kapcsolatos, elsősorban anyagi nehézségekről a kutatásunk során a fókuszcsoportos és interjú beszélgetésekben is hallottunk, kerületi lakosoktól és háziorvosoktól egyaránt.

Ellátásminőség

A háziorvosi indikátorrendszer mutatói elsősorban az ellátás minőségét hívatottak mérni, ezért az alábbiakban mi is erre használjuk őket. Ezek a mutatók jellemzően azt mérik, hogy megtörténnek-e a különféle nagy népbetegségek magas minőségű, eredményes ellátásához szükséges vizsgálatok. Ugyanakkor fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy az indikátorrendszerrel szembeni, korábban bemutatott kritikáknak megfelelően, és egyéb, kifinomultabb elemzést lehetővé tevő adatok híján ezen a ponton nem keressük a hiányosságok felelőseit – ténynek tekintjük, hogy a várhatónál alacsonyabb ellátási szintek, különösen azokon a területeken, ahol magasabb szükséglet feltételezhető, megoldandó problémát jelentenek, de nem szeretnénk azt sugallni, hogy mindez a helyi háziorvosok hibája lenne. Egyetértünk azzal, hogy az ellátott populáció jellemzői, vagy például a szakorvosi ellátás elérhetősége nagyban befolyásolják, hogy mekkora erőfeszítésbe kerül ugyanazt az eredményt elérni (amit a jelenlegi háziorvosi teljesítményértékelés nem vesz figyelembe), ezért elemzésünkben nem csak a problémás területeket tárjuk fel, hanem arra is körütekintő javaslatokat teszünk, hogy ezeken mik lehetnek az előrelépés feltételei.

A Függelék 20. táblázatában a szív- és érrendszeri betegségek, a diabétesz, és a COPD ellátásának minőségét mérni hívatott mutatókat találjuk. Többségük (pl. szérum-kreatininszint vizsgálat, vérzsírvizsgálat, HbA1c vizsgálat, szemészeti vizsgálat, légzésfunkciós vizsgálat, béta-blokkolók gyakorisága) a betegek állapotának pontos követését, a betegségek szövődményeinek megelőzését szolgálja. Itt is szerepel a végtag-amputáció, ami a rosszul kezelt, jellemzően a diabétesz vagy más érbetegségek miatt kialakuló érszűkület következménye.

Ezek a mutatók nem jeleznek egyértelmű, súlyos problémákat a területben: a cukorbetegség kezelése kifejezetten jó minőségűnek tűnik (a 2019-es adatok alapján a végtag-amputáció gyakorisága is alacsonyabb, mint az országos adatok alapján várható lett volna), egyedül a béta-blokkolót szedők aránya alacsonyabb valamivel a vártnál.

A 8. táblázatban a 2023-ban elérhető hasonló, az ellátásminőségre vonatkozó adatok láthatók. Ezek sokkal pontatlanabbak, mint a 2019-esek, de frissebbek. Jól látható, hogy egyrészt, jelentős különbségek vannak aszerint, hogy mihez viszonyítjuk a VIII. kerületi ellátást. Ennek okai lehetnek nem csak az ellátás minőségének, de a szükségleteknek, a demográfiai és szocioökonómiai szerkezetnek, az ellátórendszer jellemzőinek az eltérései is. Úgy tűnik ugyanakkor, hogy a diabétesz-ellátás minősége romolhatott a korábbi időszakhoz képest, mert szinte mindegyik ide tartozó laboratóriumi vizsgálat gyakorisága és szinte minden összehasonlításban elmaradt a várhatótól (vizsgálatról és az összehasonlítás alapjául használt területtől függően évi 100-500-zal kevesebb vizsgálat történik a VIII. kerületben).



8. Táblázat – Ellátásminőség eltérései a nagy népbetegségekben (% , 2023)

	VI.	VII.	IX.	Budapest	Magyarország
Vérzsír vizsgálaton részt vett cukorbeteg és/vagy magas vérnyomásos betegek aránya	1,09	-3,16	-1,63	1,51	-1,52
Vérzsír vizsgálaton részt vett cukorbeteg és/vagy magas vérnyomásos betegek aránya	-1,94	-6,78	-4,63	1,09	-3,65
Hyperuricaemia szűrés (diabétesz vagy magas vérnyomás)	-1,47	-4,97	-4,47	1,88	-2,58
Ischaemiás szívbeteg gondozása	3,35	2,43	0,05	-6,48	1,17
Haemoglobin A1c vizsgálaton részt vett cukorbeteg aránya	-2,28	-8,59	-6,20	-5,45	-5,22
Microalbumin mérése diabéteszben	19,18	-25,90	-14	-17,22	-8,70
Antibiotikumos kezelés	3,06	18,89	-0,37	-34,17	3,61

VI. – A VIII. kerületnek a VI. kerülethez viszonyított értéke (különbség %-ban)

VII. – A VIII. kerületnek a VII. kerülethez viszonyított értéke (különbség %-ban)

IX. – A VIII. kerületnek a IX. kerülethez viszonyított értéke (különbség %-ban)

Budapest – A VIII. kerületnek Budapesthez viszonyított értéke (különbség %-ban)

Magyarország – A VIII. kerületnek Magyarországhoz viszonyított értéke (különbség %-ban)

Forrás: NEAK

Reproduktív egészség

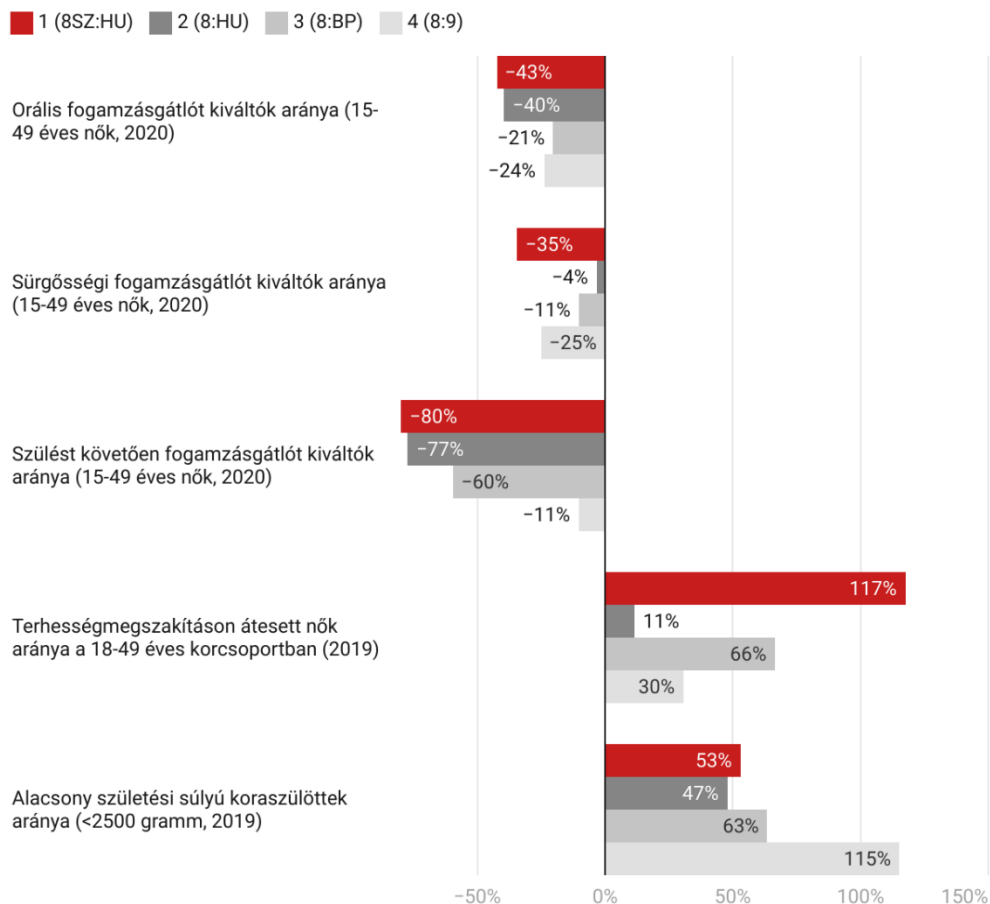
Kifejezetten rossz értékeket találtunk a VIII. kerületben a női reproduktív egészséghez kapcsolódó területeken, pontosabban a fogamzásgátlásban, a terhességmegszakításokban és az újszülöttek különböző jellemzői terén.

A 12. és 13. ábra szerint jelentősen elmarad a VIII. kerületi nők fogamzásgátló-használata az országos, de a budapesti és IX. kerületi értékektől is. Orális fogamzásgátlót, ami a leggyakoribb fogamzásgátlási módszer, a kerületi szegregátumokban 100-zal, a teljes kerület szintjén több, mint 500-zal kevesebben használnak, mint országosan. A sürgősségi fogamzásgátlás használata, és a szülés után valamilyen fogamzásgátlási módszert alkalmazni kezdők aránya is elmarad az országostól. Kiugróan magas százalékos értékeket találunk különösen a szegregátumok esetében a fiatal- és serdülőkori terhességek és a bármely korban bekövetkező terhességmegszakítások területén. Évente 50-nel több nő esik át terhességmegszakításon a kerületi szegregátumokban, és 30-cal több kerületi szinten – közülük 2, illetve 5 18 év alatti –, mint várható volna. A perinatális problémák – koraszülés, alacsony születési súly, nem egészségesen születő újszülöttek) aránya nem különbözik radikálisan az ország hasonló helyzetű lakosságcsoportjaihoz viszonyítva, de a kis különbségnek is nagy jelentősége van: kerületi szinten például majdnem 20-szal kevesebben születhetnének alacsony (2500 gramm alatti) súllyal, 7-tel kevesebben extrém alacsony születési súllyal, 4-gyel kevesebben intrauterin retardációval. Ez az évi 500 körüli kerületi születésszámnak jelentős, összesen 5% körüli aránya (Függelék 21. táblázata). Bár például a (nem extrém) alacsony születési súllyal születő gyerekeknek a többsége ma már egészséges felnőtté cseperedik, ez rengeteg erőforrást – orvosi ellátást, fejlesztéseket, különleges erőforrásokat a köznevelésben, nem ritkán anyagi



erőforrásokat is – igényel, részben a kerülettől, részben a szülőktől. Mindez annak ellenére történik így, hogy a várandósgondozás az adatok alapján alapvetően rendben van a kerületben: a rendszeres várandósgondozáson megjelent nők aránya a szegregátumokban enyhe többletet mutat, és a teljes kerület szintjén is csak kis mértékben marad el az országos értékektől (Függelék 20. táblázata).

12. Ábra: Reprodukív egészség eltérései (% , 2019, 2020)



1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

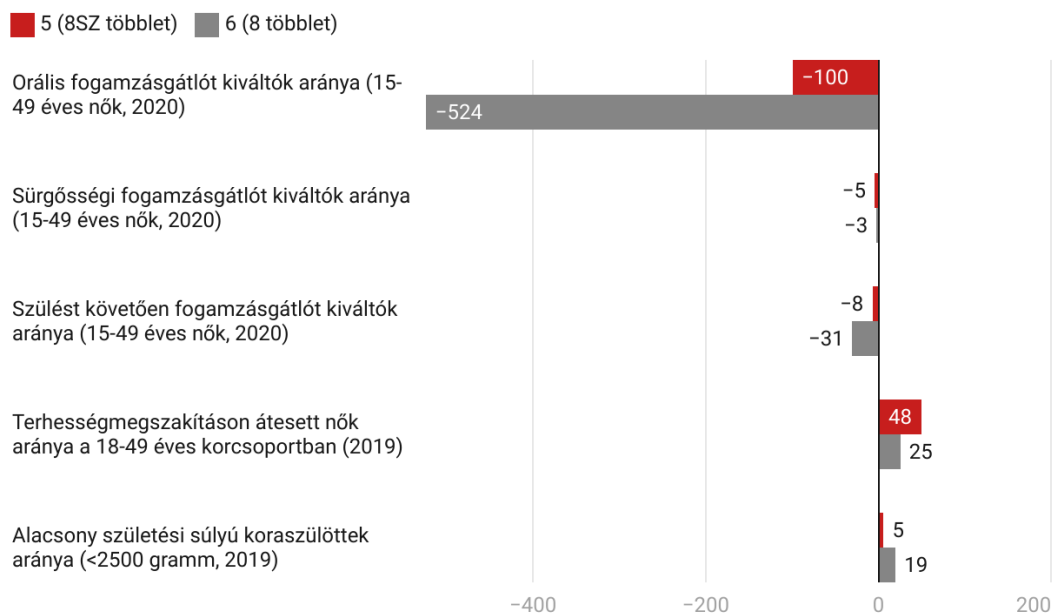
3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A teljes VIII. kerületnek a teljes IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján



13. Ábra: Reprodukív egészség eltérései (fő, 2019, 2020)



5 - Többlet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 – Többlet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: Saját ábra a "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatai alapján

Az elmúlt évben lényeges pontokon változott a kerületi egészségpolitika és annak országos szabályozási környezete is. A legfontosabb változásokat alább csak címszavakban foglaljuk össze.

Országos változások:

A COVID-kihívásra adott egészségpolitikai válaszként a [2020-as évi törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról](#) súlyos büntetés alá vonta a paraszolvencia elfogadását, megváltoztatta az orvosok jogviszonyát és emelte fizetésüket, de a korábbi orvoshiány (Varga 2017) továbbra is probléma maradt.

Az egészségügy teljes vertikumát érinti, hogy a fenti béremelések és a 2022-23-ban megugró infláció ellentételezésére bevezetésre került egy előre meghatározott összegű bértámogatás és rezsitámogatás ([43/1999. \(III. 3.\) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól](#)), ez azonban nem épült be a korábban domináns finanszírozási eszközökbe (a háziorvosoknál a fejkvótába, a járóbeteg-szakellátásnál a teljesítményfinanszírozás egységét jelentő pontértékbe), hanem pluszban kapják meg azt az orvosok illetve intézmények. Így a korábbi, a teljesítményt ösztönző finanszírozás (fejkvóta és fee-for-service) veszített jelentőségéből, és a finanszírozás egyfajta bázisfinanszírozás felé tolódott el. (NEAK adatközlés)

2021-től átalakították a háziorvosok praxisközösségének [formáit](#) és [finanszírozását](#).

A háziorvosi ellátásban 2009-ben vezették be, és azóta is folyamatosan alakítják a részleges teljesítményfinanszírozási rendszert. Ennek lényege, hogy az alapfinanszírozáson felül az előre meghatározott, a jogalkotói szándék szerint az ellátás minőségét mérő mutatók alapján az



átlagnál jobban teljesítő házi orvosok plusz forrásokhoz jutnak. 2023-ig ez a teljes házi orvosi kassa (vagyis a házi orvosok átlagos bevétele) kevesebb mint 3%-át tette ki, 2023. márciusától azonban az indikátoralapú finanszírozás súlya jelentősen, majdnem a teljes kassa 11%-ára nőtt (Kőrösi, 2023).

Magát az indikátorrendszert bevezetése óta számos kritika érte, elsősorban azzal kapcsolatban, hogy a mért indikátorok alakulására az adott házi orvos tevékenysége mellett számos más tényező is hatással van (Kolozsvári – Rurik 2016, HAOSZ 2020), és hogy az indikátorrendszer nem veszi figyelembe a praxisok közötti, például az ellátott betegek eltérő szocioökonómiai háttéréből fakadó különbségeket (Tarcza 2023). Ezzel együtt a szakirodalomból és interjúinkból szerzett benyomásaink szerint a teljesítményértékelés szükségességét és alapjaiban az alkalmazott indikátorok szakmai relevanciáját is elfogadja a szakma.

Mint fent már említettük, a [védőnők](#) az önkormányzati hatáskörből országos hatáskörbe kerültek, a központosítás folyamánya, hogy egy úgynevezett „mentor védőnő” felel több terület védőnőiért egyszerre.

2023. július 1-től újraindultak az országos szűrőprogramok ([Magyarországi átfogó egészségvédelmi szűrőprogram \(MÁESZ\) 2010-2020-2030](#)) (pl. [vastagbélrák-szűrés](#)); habár ezekben, a működés és folyamatok nehézségére, koordinátlanságára hivatkozva a kerületi házi orvosok zöme már nem vesz részt.

Önkormányzati változások:

A ciklusban számos változás következett be a JEK működésében: részben a szolgáltatás-szervezésben (többlépcsős szakrendelés), részben az Önkormányzat által finanszírozott szolgáltatás-vásárlás révén (labor-szolgáltatások). Ezek a kielégítetlen, hosszú várakozási időben megnyilvánuló keresletre próbáltak, próbálnak választ adni, melynek sok más mellett a házi orvosi indikátor-rendszer is lehet egyik oka: egyes interjúalanyaink szerint az indikátorrendszer arra ösztönzi a házi orvosokat, hogy a JEK kapacitás korlátaival sem törődve, minél több beteget szűrésekre, a járóbeteg-ellátó központba küldjenek.

2021 októbere óta a JEK újra szervez [szűrőszombatokat](#).

Az Önkormányzat jövedelemkorláthoz kötött készpénzes [Covid-oltás támogatást](#) (sőt, kevésbé sikeresnek bizonyult nyereményjátékot) indított: 2021 december 31-ig beadatták mindkét Covid oltást, 10.000 forint támogatásban részesülhettek.

A Józsefváros Életpályamodell keretében, még az előző önkormányzati ciklusban, 2013-2018 között az összes házi orvosi rendelőt felújították, 2016-ban három teljesen új házi orvosi rendelőt is átadtak

2022-ban beindult új szociális koncepció keretében megújultak és kibővültek a rászorultság-alapú pénzügyi támogatások, ehhez kapcsolódóan új önkormányzati egészségügyi támogatások is megjelentek. Józsefváros Önkormányzatától kapott adatok alapján gyógyszer-és gyógyászati segédeszköz támogatás keretében 2022-ben 7 személy, 2023-ban már 52 személy részesült támogatásban, ami a 2022-es 216.000 forintról 2023-ra 2.597.815 forintos önkormányzati kiadással járt.



Attitűdök:

Mint fent említettük, interjúk és fókuszcsoportos kutatások keretében igyekeztünk felmérni a stakeholderek józsefvárosi népegészségügyi kihívásokkal és a szóbajövő intézkedésekkel kapcsolatos fő véleményeit, várakozásait. Ezek nyilván kevésbé megbízhatóak, szubjektívebbek, mint a fenti számszerű adatok, és alakíthatóak is, de fontos peremfeltételét jelentik a szóba jövő intézkedéseknek, beavatkozásoknak. Mind a meginterjúvott szakemberek, mint a lakosok (fókuszcsoportos) részletesebb válaszait beillesztettük a 3. ill. a 4. Függelékbe – itt csak a későbbiek szempontjából legfontosabb attitűdöket emeljük ki.

Alacsony szocioökonómiai státuszú józsefvárosi lakosok:

Nagyjából ismerik, de életmódjukban messze nem mind alkalmazzák a legfontosabb egészségőrzési stratégiákat (pl. tudatosabb táplálkozás, rendszeres mozgás, nemdohányzás) terjedtek, és a felnőttkori oltásokat is kevesen vették fel.

A kerületi szűrőszombatokról sokan nem is hallottak.

Kritikusak a hosszú JEK-várólistákkal kapcsolatban.

A munkában állók közül sokan félnek táppénzre menni, és inkább fizetett szabadságot vesznek ki szűrésre, kivizsgálásra.

Mindazok, akik nem bejelentett munkával keresik a kenyerüket, a fekete- vagy szürke gazdaságban munkát vállalva TB nélkül maradnak, így biztosítás híján az utolsóig kerülnek az egészségügyet. Ez változatos gyakorlatokat eredményez: a külföldről, illetve a feketepiacon vásárolt gyógyszerektől az előírt vizsgálatoktól való távolmaradásig.

A gyógyszerek kiváltása is lehet gond: nem beszerezhető gyógyszerektől kezdve egészen odáig, hogy orvosi vizsgálat nélkül, mert a házi orvosukhoz sincs idejük elmenni, a gyógyszerért személyzettel „megszakértve”, azok javaslatai alapján vesznek gyógyszert.

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

Azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy mivel lehetne ösztönözni az embereket, parázs viták alakultak ki, de sem a kötelezővé tételen, sem a pénzbeli ösztönzőkön alapuló beavatkozásokat nem látszott a többség támogatni.

Házi orvosok:

Többen elégedetlenek a rendelkezésükre bocsátott helyiségek méretével és beosztásával, csakúgy, mint a beteghozzáférés kereteivel (telefonok, telefonvonalak, diszpécsterszolgálat hiánya, beengedés).

Ugyancsak elégedetlenek a JEK hosszú várólistáival és ellátásszervezési gyakorlatával és



szerintük a kevés szakorvos a kerületi házi orvosok munkáját is hátráltatja. Többen említették, hogy egyes laboreredményekre még mindig hónapokat kell várniuk. A házi orvosok a JEK és a köztük fennálló kapcsolattartást különféleképpen ítélték meg: volt, aki aktív és jó kapcsolatként, de a többség inkább rossz együttműködésről számolt be.

A betegek képviselőiben még a házi orvosok a drága gyógyszereket és a nem megfelelő életmódból fakadó egészségügyi problémákat említették. A kerületi Szűrőszombatokról és Egészségnapokról azt mondták, hogy a nem kellően aktív kommunikáció és hirdetés miatt az események nem jutnak el megfelelő időben és széles körben az egyénekhez, különös tekintettel a hátrányos helyzetű lakosok esetében. Úgy látják, hogy nem mennek sokan a szűrésekre, és többen említették, hogy nem pár órára, hanem egész napra kellene meghirdetni őket. Ugyanakkor azt is hozzátették, hogy ha nincs, aki a szűrések után megfelelő időben ellássa a betegeket, akkor nincs értelme növelni ezeket a szűrőkapacitásokat.

Az influenzaoltást és az időskori pneumococcus-oltás beadását többen nagyon jónak tartják, ugyanakkor magas ára miatt nem igazán szokták ajánlani a betegeknek. Egy erre irányuló önkormányzati támogatást többen nagyon üdvözlőnének. Emellett a HPV oltás támogatását hangsúlyozták többen, kiterjesztve azt a fiatal férfiakra is.

Egy célzottan a hátrányos helyzetűekre fókuszáló CCT program bevezetésével kapcsolatban elutasítóak voltak az orvosok, de az indikátorrendszer így feltételezhetően leromló mutatóit ellensúlyozó pénzbeli ösztönzőket jó ötletnek tartották.

A kerületi házi orvosok az Önkormányzattal való kapcsolatukat passzívnak írták le, kiemelték, hogy nincsenek rendszeres találkozók a két fél között, és például az újonnan bevezetett önkormányzati szociális támogatásokról sincsenek informálva.

Javaslatként megfogalmazták, hogy az önkormányzat biztosíthatna egy plusz asszisztentst vagy ápolót egy külön helyiségben a rendelőkben, akinek első sorban az időpontegyeztetések, csupán a legalapvetőbb egészségügyi kompetenciát igénylő kérdések kezelése lenne a feladata. Egy VII. kerületi házi orvos e feladat elvégzésére az [Erodium szoftvert](#) használja, ami elmondása szerint a „legnagyobb segítség a rendelőkben”. A szoftvert a kerületben egy házi orvos sem használja, és bár ugyan pozitívan nyilatkoztak róla, mindegyikük elmondta, hogy magas ára miatt nem tudják megfinanszírozni. Többen kiemelték, hogy hasznos lenne, ha külön helyiség állna rendelkezésre az asszisztensek, és külön a házi orvosok számára, és hogy a rendelőkben érdemes lenne a vezetékes telefonokat vezetéknélküliekre cserélni.

Két orvos is felhívta a figyelmet arra is, hogy régebben minden lakóházban egy papírcetlin látható volt az adott épülethez tartozó területileg kirendelt házi orvos neve, telefonszáma és címe. Megjegyezték, hogy ezeket a papirosokat érdemes lenne frissíteni és pótolni, ahol hiányzik.

Egy orvos javasolta azt is, hogy az őket megillető, kiegészítő pénzbeli juttatások egy részét deklarált módon az asszisztensek kapják a házi orvos helyett, ugyanis ők az elmúlt évek bérkiegyenlítései ellenére, továbbra is alulfizetettek. Érkezett javaslat arra is, hogy a házi orvosok kötelező továbbképzései között az önkormányzat a SOTE-val közösen hirdessen meg kifejezetten a józsefvárosi demográfiai és egészségügyi jellemzőkre és az ezek kezelésére hangsúlyt fektető képzést.



JEK:

Mint fenn jeleztük, a JEK-től nem sikerült annyi és olyan szintű interjú-lehetőséget kapnunk, hogy kellőképp megértsük az intézményvezetés álláspontját. Az intézménynek kevés megmaradt önkormányzati fenntartású járóbeteg-ellátó intézmény egyikeként, jelentős kereslettel és limitált szakember-erőforrásokkal, a központi finanszírozás és procedurális szabályok és a kerület elvárásai között kell helytállnia, de hogy az Önkormányzat részéről milyen további forrásokkal, segítséggel és esetleges egyéb változtatásokkal milyen javításokra van hajlandóság és nyílik tér, az sajnos további vizsgálódást igényel még.

Önkormányzat (politikusok+köztisztviselők):

A kerületi politikusokkal nem készítettünk interjúkat, de a többi interjúból és az eseménytörténetből az a kép alakult ki bennünk, hogy a most lejáró ciklus során az Önkormányzat eleget tett törvényi kötelezettségeinek, mint fenntartó, és igyekezett kezelni a strukturális (pl. COVID, hosszú várakozás a JEK-re) és lokális (pl. házi orvosokra panaszkodó betegek) kríziseket, de a kerületi egészségügyi szolgáltatókkal való aktív, partneri, a részletekre is kitérő, politikai és tisztviselői figyelmet igénylő együttműködés a ciklus során nem volt az Önkormányzat részéről kiemelt prioritás.

Fő kihívások, prioritások

A részletekre kevésbé kíváncsi olvasó számára itt pontokba szedve összefoglaljuk, a fentiekből miket tekintünk a legfontosabb kihívásoknak általában, majd, előre tekintve a megoldások felé, a 9. táblázatban azt mutatjuk be, melyik kihívásra miféle beavatkozás adhat választ.

- Minél rosszabb egy negyed lakóinak szocioökonómiai státusza, annál rosszabb egészség-kimenetekre számíthatnak.
Beavatkozási pontok:
 - (A szociális helyzet javítása);
 - célzott segítség az egészségi állapot javításában, gyógykezeléshez való hozzáférésben
- **Átlagosan évente 133 ember hal meg, akik – ha a kerület halálozási viszonyai az országosnak felelnének meg – még élhettek volna.**
- **A legnagyobb halálozási többlet lehet jelentő betegcsoportok a szív- és érrendszeri betegségek, és a különféle idült alsó légúti betegségek mindkét nemnél, továbbá a nők esetében a légzőszervi daganatok és az agyi keringési katasztrófák.**
- Sokkal gyakrabban kerülnek kórházba a kerületiek különféle **krónikus légzőszervi okokból** (asztma és pulmonológia a 18 év alattiaknál és asztma és COPD a felnőtteknél): **összesen évi 190 többlet kórházi felvétellel.**
- **A kerületi felnőtt lakosok negyede kerületen kívüli háziorvoshoz jelentkezik be, majdnem 13%-ának nincs háziorvosa, és 5%-ának nincs érvényes biztosítási jogviszonya.**



- **A JEK-ben 2016 óta folyamatosan csökkenő trendű a forgalom a népegészségügy szempontjából talán legfontosabb négy kiemelt területen (kardiológia, diabetológia, tüdőgyógyászat, labordiagnosztika).**
- Miközben a kezelt betegek ellátásában a háziorvosi indikátorrendszer adatai nem mutatnak különösebb minőségi problémát és örvendetesen magas az influenzaoltás felvételi aránya is, kevesen járnak mammográfiás szűrésekre, **a Józsefvárosban kevesebb a diagnosztizált magas vérnyomásos, és több a diabéteszes beteg, mint országosan várható lenne.** Ráadásul Józsefvárosban minden gyógyszercsoportban kevesebb gyógyszert írnak fel, és ennek is kisebb részét váltják ki, mint országosan.
- **Jelentős problémák észlelhetők a női reprodukív egészség terén: a várhatónál sokkal alacsonyabb a fogamzásgátlók használata, magasabb az abortuszok és a szülés-születés körüli problémák (koraszülés, alacsony születési súly stb.) aránya. 500-zal kevesebb nő szed orális fogamzásgátlót, mint az országos átlag alapján várható lenne, kerületi szinten 30-cal több abortusz történik évente, és 20-szal több baba születik korán, alacsony súllyal, vagy valamilyen terhesség közben szerzett betegséggel.**
- Sokat változott az egészségügy intézményi, elsősorban finanszírozási környezete, ami leginkább az elérhetőnek érzékelt kapacitások szűkülésében, a várakozási idő növekedésében csapódott le a helyi lakosság oldalán. Jelentős intézményi változás a védőnői hálózat országos hatáskörbe kerülése, de ennek hatásait jelenleg még nem ismerjük.
- A kerületi lakosoknak sok szempontból problémát okoz az egészségügyi rendszer igénybevétele: szembesülnek a várólistákkal, az állásuk elvesztésétől tartva sokan szükség esetén sem mennek táppénzre, sokszor gondot okoz a gyógyszerek kiváltása, és bár sokan elégedettek a háziorvosi ellátással, többen számoltak be diszkriminációról, méltánytalan bánásmódról, közönyről.
- **A háziorvosok által hangoztatott problémák részben a saját, humán és fizikai infrastruktúrájukkal, részben pedig a szakellátások, vizsgálatok elérhetetlenségével, és általában a JEK-vel való együttműködéssel kapcsolatosak. Többen kiemelték az Önkormányzattal való rendszeres és produktív kapcsolat hiányát.**



9. Táblázat – Kihívások-Javaslatok

	Kihívás	Javaslat
Férfiak és nők	Kardiológia: Szív-és érrendszeri betegségek/halálozás magas kerületi aránya	Szociális háttér alapján célzott közvetlen feltételes készpénztranszfer (CCT)
	Légzőszervi betegségek/halálozás magas kerületi aránya	Pneumococcus-oltás ingyenessé tétele idős rászorultaknak
	Cukorbeteg, a cukorbetegség szövődményeinek magas kerületi aránya	Háziorvosok ösztönzése
	Mentális betegségek: Depressziós betegek (újra)felvételének magas aránya	
	Gyermekekori betegségek	Rota-vírus elleni gyermekekori oltás ingyenessé tétele
Nők	Mammográfia szűrésen részt vett nők alacsony aránya	Szűrőkapacitások bővítése
	Perinatális probléma-területek: (Extrém) alacsony születési súllyal születettek és koraszülöttek magas aránya	Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele
	HPV és fogamzásgátlás: Terhességmegszakításon átesettek magas aránya	Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele, HPV oltás ingyenessé tétele 26 év alatti felnőtteknek
Egyéb	Az önkormányzat, a háziorvosok és a JEK közötti együttműködési és kommunikációs nehézségek	(Nép)egészségügyi asszisztensek-, egészségmediátorok alkalmazása; népegészségügyi kabinet és stratégia
	Háziorvosok megfelelő ösztönözöttségének, motivációjának hiánya	Infrastruktúra fejlesztés; kerületi indikátorrendszer és finanszírozás; új háziorvosi szerződéstervezet
	JEK: Kapacitáshiány, hosszú várólisták és szervezeti problémák	Szűrőkapacitások növelése; JEK kapacitásbővítése
	Önkormányzati alkalmazottak (munkaidejükben) nem tudnak orvoshoz vagy táppénzre menni	Munkavállalói lehetőségek erősítése
	Háziorvossal vagy TAJ-számmal nem rendelkezők magas kerületi aránya	Társadalombiztosítási (TB) jogviszony rendezetlenségének tisztázása
	Receptkiváltás: Anyagi nehézségek, a receptkiváltások alacsony aránya	
	Attitűd: Orvoslás ellenes attitűd és tabuk a betegek oldalán; diszkrimináció	Képzések háziorvosok, nőgyógyászok, asszisztensek számára
	Életmód: Táplálkozás, rossz lakásviszonyok, mozgáshiány, dohányzás, alkoholfogyasztás	

A 9. Táblázat harmadik oszlopában láthatók azok a problématerületek, amelyekre a kutatás későbbi részében megoldási javaslatokkal is élünk. Annak oka, hogy csak bizonyos problémák



esetén álltunk elő megoldással, kettős: egyrészt, mint fent láttuk, ezeken a területeken érhető el a legnagyobb egészségnyereség, miközben, az intézményi és attitudinális keretek figyelembevételével talán könnyebben kezelhetők, mint az üresen hagyott elemek többsége; másrészt, kevésbé nyújt rájuk rész megoldást már eleve az Önkormányzat vagy az állami egészségügy.

CÉLCSOPORTOK

Ahhoz, hogy egy átfogó (egészségügyi) program hatékonyan és hatásosan működjön, szükséges a szolgáltatások kedvezményezettjének körének pontos meghatározása, a célcsoport kialakítása. A legalább részben rászorultság-alapú célzás mellett három közpolitikai érv szól: (1) a viszonylag jobb anyagi státuszúak önerőből is meg tudják fizetni az oltásokat/hozzáférnek a drágább (akár magán-) szolgáltatásokhoz is, (2) az összes, adott korcsoportba tartozó józsefvárosi lakos egészségügyi szolgáltatási költségeinek átvállalása akkora költségvetési terhet jelentene az önkormányzat számára, amelyet nem biztos, hogy ki tud/akar gazdálkodni, (3) ugyanabból a keretből pontosabb célzással többféle beavatkozást megvalósítva nagyobb egészségnyereséget lehet elérni egy színesebb programpaletta bevezetése által.

A legrászorultabb keveseket elérő, takarékosabb célzás ellen szól az, hogy a bevezetésnek adminisztratív és a háziorvosok, védőnők, kerületi egészségügyi szakemberek stb. tájékoztatásával kapcsolatos fix költségei ez esetben kevesebb személy között oszlanak meg, miközben politikai költséget jelentő érthető elégedetlenség jelentkezhet a célzásból kimaradók oldalán.

Mint a 14. ábrán látható, a kerületi pénzbeli szociális támogatás az alább javasolt beavatkozásaink nemi-életkori célcsoportjainak csak kicsiny részét teszi ki (felső panel), míg a Magdolna negyedre és az Orczy negyedre való célzás már nagyobb százalékát jelenti az összes lakosnak.

14. Ábra - Célcsoportok nagysága -szemléltető ábra





A 10-13. táblázatban (1) a már létező inflációs támogatásban részesülők, (2) a Magdolna negyedben (1086-os irányítószám) élők, (3) a Magdolna és Orczy negyedben (1086-os és 1089-es irányítószám) élők (4) és az egész kerületben élők száma alapján láthatók az egyes csoportok létszámai és a későbbiekben javasolt intézkedések sorszáma.

Az inflációs támogatásokat kapók alapján meghatározott célcsoport előnye, hogy az önkormányzati rendeletben már definiált rászorult csoportról van szó, ugyanakkor hátránya, hogy rendkívül kevés embert érhet el. A Magdolna negyedre való célzás előnye, hogy a kerületi népszámlálási és a Belügyminisztérium adatai alapján itt a legnagyobb a rászorultak aránya (ld. 1. táblázat), hátránya azonban, hogy politikailag problematikus lehet („nekem miért nem jár?”). Ennek méregfogát ki lehet azzal húzni, ha a területi célzást csak egy majdani egész kerületet érintő támogatás pilot-jaként vezeti be az Önkormányzat. A Magdolna és Orczy negyed célzása mellett és ellen ugyanazok az érvek szólnak, mint az előző esetben, azzal a kiegészítéssel, hogy a 1089-es irányítószám bevonásával bekerülnek a korántsem szegény tisztviselőtelepek is. Az egész kerületet a célcsoportként kezelő célzás legfőbb előnye, hogy rendkívül könnyen kommunikálható, ugyanakkor igencsak drága lehet az önkormányzat számára és a szociális célzás hiánya miatt az elérhető fajlagos egészségnyereség sem lesz akkora, mint a rászorultakra való szorosabb célzás esetén.

Miközben ezt a táblázatot használtuk több alább tagolt javaslatunk közelítő beárazására, úgy véljük, az önmagában is hasznos input lehet: más, új, kombinált, potenciálisan rászorultakat megcélzó Önkormányzati intézkedések költségvetés- és hatásbecslésére is használható lehet.



10. Táblázat – Célcsoportok – Inflációs támogatásra jogosult háztartások esetében

Célcsoport	Intézkedés sorszáma	Létszám
70 év feletti	4.	150 ¹⁰
65 év feletti	4.	240 ¹¹
60 év feletti	4.	310 ¹²
40 év feletti	1.	715 ¹³
24-26 év közötti nők és 18-26 év közötti férfiak	5.	170 ¹⁴
13-18 év közötti lányok	3.	30 ¹⁵
16-18 év közötti lányok	3.	16 ¹⁶
Újszülöttek	6.	10 ¹⁷

Forrás: Népszámlálás 2022

11. Táblázat – Célcsoportok – A Magdolna negyedben (1086-os irányítószám) lakó józsefvárosi lakosok számát tekintve

Célcsoport	Intézkedés sorszáma	Létszám
70 év feletti	4.	865
65 év feletti	4.	1.449
60 év feletti	4.	2.029
40 év feletti	1.	4.907
24-26 év közötti nők és 18-26 év közötti férfiak	5.	1.170 ¹⁸
13-18 év közötti lányok	3.	195 ¹⁹
16-18 év közötti lányok	3.	109 ²⁰
Újszülöttek	6.	74 ²¹

Forrás: Népszámlálás 2022

¹⁰ A friss monitoring adatokból kiszámolandó, ez egy 1500 fő kedvezményezettel és az összlakosság életkori megoszlásával számolt durva becslés.

¹¹ Mint ¹

¹² Mint ¹

¹³ Mint ¹

¹⁴ Mint ¹

¹⁵ Mint ¹

¹⁶ Mint ¹

¹⁷ Mint ¹

¹⁸ A nem, - és korcsoportba tartozó összkörületi adat és a negyedben élők számának arányából számolt becslés.

¹⁹ Mint ¹⁵

²⁰ Mint ¹⁵

²¹ Mint ¹⁵



12. Táblázat – Célcsoportok – A Magdolna vagy Orczy negyedben (1086-os vagy 1089-es irányítószám) lakó józsefvárosi lakosok számát tekintve

Célcsoport	Intézkedés sorszáma	Létszám
70 év feletti	4.	1.716
65 év feletti	4.	2.770
60 év feletti	4.	3.793
40 év feletti	1.	9.301 ²²
24-26 év közötti nők és 18-26 év közötti férfiak	5.	2.218 ²³
13-18 év közötti lányok	3.	369 ²⁴
16-18 év közötti lányok	3.	207 ²⁵
Újszülöttek	6.	139 ²⁶

Forrás: Népszámlálás 2022

13. Táblázat – Célcsoportok – Az összes józsefvárosi lakos számát tekintve

Célcsoport	Intézkedés sorszáma	Létszám
70 év feletti	4.	7.084
65 év feletti	4.	10.944
60 év feletti	4.	14.405
40 év feletti	1.	33,372
24-26 év közötti nők és 18-26 év közötti férfiak	5.	7.959
13-18 év közötti lányok	3.	1.324
16-18 év közötti lányok	3.	741
Újszülöttek	6.	500

Forrás: Népszámlálás 2022

A célcsoportok kiválasztása innen már elsősorban költségvetési-politikai természetű: az általunk javasolt célzást, - amelyet részletesebben a következő fejezetben fejtünk ki - a 10-13. táblázatokban bordó színnel jelöltük. A célcsoportokhoz tartozó részletes költségvetési számítások az Önkormányzat számára elküldött Excel-dokumentumban találhatók.

SZÓBA JÖVŐ ÖNKORMÁNYZATI BEAVATKOZÁSOK

Az eddigiekben azonosítottuk a kerületre jellemző fő egészségügyi problémákat és az ezekhez kapcsolódó egészségügyi vagy szervezeti kihívásokat. De mit tehet az Önkormányzat annak érdekében, hogy a különféle probléma-gócokat célzottan és hatékonyan kezelje? Ennek bemutatása következik ebben a fejezetben. Itt bemutatjuk a munkánk során felmerült (akár stakeholderok által javasolt, akár a belső workshopok során azonosított), a feladat megfogalmazásakor vázolt és a helyzetből adódó reális idő-, kapacitás- és költségvetési keretek között megvalósítható, a fenti kihívásokra a fenti keretek között javító hatással lenni képes beavatkozásokat. Költségvetési számításaink sok esetben elsősorban „szakértői becslésnek” tekintendők, ennek érzékeltetésére gyakran intervallumokat szerepeltetünk és a szolgáltatások igénybevételi arányára is több scenáriót szerepeltetünk (5%-os, 20%-os, 25%-os, 80%-os felvételi arányok). A valódi költségek meghatározásához sok esetben szükséges lehet egy pilot verziót követően az eredmények kiértékelése, monitoringja és az intézkedések újrakalibrálása.

²² Mint ¹⁵

²³ Mint ¹⁵

²⁴ Mint ¹⁵

²⁵ Mint ¹⁵

²⁶ Mint ¹⁵



A beavatkozások mindegyikéről azt gondoljuk, eséllyel javíthatnák az egészség-kimeneteket a Józsefvárosban; alább strukturáljuk majd őket, de egy sor szakmain túli (politikai, költségvetési, kapacitásokkal kapcsolatos) érv szólhat amellet, hogy egyikre vagy másokra essen a választás.

A beavatkozásokat három csoportba rendeztük:

1. az érintett lakosság viselkedését befolyásolni igyekvő beavatkozások;
2. az önkormányzati fenntartású egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait befolyásolni igyekvő beavatkozások;
3. az Önkormányzat saját intézkedései.

Vastagon szedtük azokat közülük, amelyekre költött forrásoktól a megismert tények, mechanizmusok és attitűdök fényében fajlagosan *különösen nagy* egészséghaszonra számítunk és melyek hatásosságában legkevésbé van kételyünk.

Lakosság-oldali beavatkozások

1. Szociális háttér alapján célzott közvetlen feltételes készpénztranszfer (Conditional Cash Transfer: CCT)

Miben állna?

Azok a rászorult háztartások, melyek 40 év feletti, az alább sorolt krónikus betegségekkel nem kezelt tagjai, akik a megelőző két évben háziorvosi szűrővizsgálaton nem jártak, akár észlelt tünetek nélkül is elmennek a kerületi háziorvosukhoz (miután regisztrálnak, ha korábban még nem tették), és náluk a háziorvos felveszi a preventív törzs-kartont, azonosítja a kardiovaszkuláris, diabéteszes vagy daganatos kockázatokat és életmód-változtatási tanácsokat és segítséget nyújt, egyszeri pénzbeli támogatásban részesülnének, melyet az önkormányzat, lehetőleg legalább részben előfinanszírozva fizet ki a páciensek számára.

Indoklás

A kerület szűrési szolgáltatásai az interjúk és statisztikai adatok alapján nem érik el a kerület rászorultjainak jelentős részét. A fent leírt konstrukcióban a CCT képes lehet egy bizonyos ideig komoly beruházás nélkül is javítani az életminőséget, a kerületi halálozási kimeneteket, a kardiovaszkuláris megbetegedések számát és a jövedelmi szegénységből való kiemelkedés esélyét (Bastagli et al. 2018, Rukiko et al. 2023, Stringini et al. 2017). Az alacsony elérés hiányos informáltságból, a jótékony hatások alábecsléséből, az orvoslással kapcsolatos negatív attitűdökből, az intézményrendszerben átélt rossz tapasztalatokból is fakadhat. Egy jól működő rendszer (mely valódi egészségnyereség elérését teszi lehetővé) esetében kulcsszerepe van tehát a háziorvosoknak (Sándor, 2020). A háziorvosnál a jó ideig tünetmentes, de a rászorultak korábbi halálozásért (Hablicsek, Kovács, 2007, Sándor et al., 2020) nagyban felelős (például kardiológiai) népbetegségek életmódbeli kockázatait (elhízás, magas vérnyomás, dohányzás) és az azokat megelőző javaslatokat, gyakorlatokat, illetve gyógyszerkezelt már meglévő protokollok alapján lehet elvégezni, ajánlani. A gyakorlatot a fent már említett 2021-es Covid-oltás támogatás mintájára lehetne működtetni, bár itt készpénztranszfer feltételül szolgáló beavatkozás-csomag jóval összetettebb.



Bevezetése ellen szól viszont, hogy a rászorultak maguk messze nem támogatnak egyöntetűen egy ilyen beavatkozást és nem tudjuk, itt és most mekkora összeggel mekkora plusz részvételt lehet elérni

Teendők

- A házi orvosok programban való részvételét elősegítő ösztönzők kialakítása, elfogadása (lásd később).
- Az intézkedés kalibrálása (összeg/célcsoport/a benne foglalt elvárások pontos köre).
- Rendeleti és költségvetési keretek kialakítása és elfogadása.
- Célzott kommunikáció (Józsefváros újságban, plakátokon).

Költségek

Ha a célzás a Magdolna és Orczy negyedben lakó 40 év feletti felnőttekre korlátozódna, fejenként tízezer forintba rúgna és 20% lenne a felvételi arány egyszeri alkalommal becsléseink alapján kb. 17 millió forintos kiadást jelentene. Ez csak a támogatás költsége: ha a házi orvosoknál és a járóbeteg-ellátásban jelentkező járulékos költségekről más javaslat (ld. 7, 9, 11. alább) nem gondoskodik, ott is felmerülhetnek nehezen becsülhető járulékos költségek.

2. Társadalombiztosítási (TB) jogviszony rendezetlenségének tisztázása és segítség a probléma megoldásában

Miben állna?

A támogatásért az Önkormányzathoz fordulónak az Önkormányzat felajánlja, hogy ellenőrzi a háztartásban élők TB-jogviszonyát, és ha az rendezetlennek bizonyul, felajánlja a Családsegítő hozzáértő, a feladatra felkészült munkatársának segítségét, ill. szerény, diszkrecionális költségvetést biztosít a probléma megoldásában adható segítségre.

Indoklás

A NEAK-nál nyilvántartott olyan józsefvárosi felnőttek (18+) száma, akiknek az adott kerületben van a lakó- vagy tartózkodási helyük, és nem rendelkeznek érvényes társadalombiztosítási jogviszonnyal, 3278 fő. Az ő számukra az egészségügy intézményrendszere (beleértve a házi orvosokat és a járóbeteg-ellátást is), hacsak nem életmentésről van szó, csak teljes áron, fizetősén érhető el. Sokaknak ez csak akkor derül ki, amikor elmennek az orvoshoz, és kiderül, nem jogosultak az ingyenes ellátásra.

A helyzet számos okból állhat elő (adminisztratív tévedés, külföldi munka / hazajövetel nem megfelelő adminisztrációja, munkaadó nem fizet járulékot a munkavállaló után) és többnyire a kormányhivatalon keresztül orvosolható, legrosszabb esetben pénzbeli TB-járulék befizetéssel. A státust akár az ügyfélkapun keresztül az érintett maga, akár akármelyik egészségügyi szolgáltató (pl. a JEK) a TAJ-szám alapján ellenőrizheti.

Sokkal kevésbé drámai, ha a problémát, ha kell, szociális szakember bevonásával még azelőtt rendezi az érintett, amikor egészségügyi ellátásra lenne szüksége, mint ha akkor derül ki, hogy nincs jogosultsága.



Teendők

- Kapacitások és költségek felmérése az 1-3 hónapos próbaidőszak alatt.
- Adminisztratív nehézségek feltérképezése és megoldása az egészségügyi személyzettel karöltve (hogyan kéri le az ügyintéző a TB státuszt).
- Kommunikáció, megfelelő tájékoztatás: hangsúlyozni a támogatást kérő felé, hogy ez nem egy plusz ellenőrzés, hanem egy kiegészítő szolgáltatás.

Költségek

Nehéz felmérni, ezért javasolt egy 1-3 hónapos próbaidőszak alapján felmérni az érdeklődők számát, és hogy mennyi plusz kapacitást vesz igénybe a témakörben járatos, az ügyintézésben segíteni képes, empatikus szociális munkás részéről.

3. *Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele*

Miben állna?

A kerületben vásárolt sürgősségi fogamzásgátló tabletták a felírt, érvényes recepttel ingyenesen kiválthatók a kerületi gyógyszerárakban.

Indoklás

A kerületben magas a terhességmegszakítások száma, különösen a 18 évnél fiatalabb nők esetében. A sürgősségi fogamzásgátló tabletták, legyen szó akár a 72, akár a 120 órás gyógyszerekről, drágák (10.000 forint körül), nehezen megfizethetők a leghátrányosabb kerületi lakosok számára. Ezt az anyagi gátat segítheti átlépni az önkormányzat az esemény utáni tabletták ingyenessé tételével, melyek hatásosságát rengeteg nemzetközi példa is alátámasztja.

Mivel Magyarországon vényköteles ezeknek a gyógyszereknek a felírása, illetve egészen 16 éves korig szükséges a szülő beleegyezése ahhoz, hogy az orvosok felírassák a tablettát, gyakran előfordul, hogy a lányok nem merik elmondani a szülőnek és az orvosnak a történeteket. Éppen ezért elengedhetetlen, hogy az ingyenessé tételt célzott, informatív és hatásos tanácsadás és információnyújtás kísérje az iskolai védőnőknél és figyelemfelhívó eseményeken keresztül.

Az intézkedést akár a most is meglevő pénzbeli gyógyszer-támogatás speciális eseteként is be lehetne vezetni.

Fontos figyelembe venni, hogy pontatlanul célzott tájékoztatás esetén a beavatkozásnak elvileg lehetnek kedvezőtlen mellékhatásai is: az csökkentheti a megelőző fogamzásgátlásra való készséget (pl. férfiaknál).

Teendők

- Házi orvosok és nőgyógyászok (a tabletta egyelőre Magyarországon vényköteles) számára nyújtott képzés/tájékoztatás megszervezése, amik a terhességgel és a nem várt terhességek megszakításával kapcsolatos előítéleteket mérsékelnék az ehhez értő szakemberek bevonásával.



- Az érintettek tájékoztatása (általában fogamzásgátlással kapcsolatban is!)

Költségek

Nehéz ex ante meghatározni, a direkt költség a következő egyszerű képlettel közelíthető: hányan veszik fel * tabletták ára + figyelemfelhívás (kampányok, események stb.) költsége. Számításaink során 10.000 forintos árral és 5%-os, 20%-os és 25%-os felvételi aránnyal is számoltunk és a politikai negatív visszhang elkerülése érdekében minden adott korcsoportba tartozó nő számára lehetővé tennénk a hozzáférést.²⁷ Ennek megfelelően az intézkedés 370 ezertől 3 millió 300 ezer forintig terjedő összegbe kerülhetne (a kiválasztott korcsoporttól függően) Józsefváros Önkormányzata számára (A részletes számítások a csatolt Excel dokumentumban láthatók).

4. *Influenza-oltás mellett felvett pneumococcus-oltás ingyenessé tétele idős rászorultaknak*²⁸

Miben állna?

A józsefvárosi idősök egy alcsoportjának számára, ha az esedékes influenzaoltással egyszerre veszik fel a háziorvosnál, az Önkormányzat öt évente egyszer teljes egészében vállalja át a pneumococcus-oltás beszerzésének árát.

Indoklás

Mind a hazai háziorvosi oltás-ajánlás, mind a [WHO ajánlása](#) egyetért abban, hogy idős korban (65, de különösen 75 év felett) még annak is érdemes a többiek közt tüdőgyulladásra vezető fertőzések egy része ellen védő pneumococcus-védőoltást beadni, aki egyszer már kapott ilyet (a ma idősök Magyarországon még nem kaptak a gyermekkori oltás-sor részeként 2014 óta kötelező ilyen (PCV13) oltást). Az európai országok [egy jelentős része](#) (és nem csak a leggazdagabbak, mint Svédország, hanem pl. Szlovákia vagy Görögország is) univerzálisan, ingyenesen elérhetővé teszi ezt az oltást az időseinek. [Egyszeri emlékeztető oltás](#) akkor szükséges 65 év felett, ha legalább 5 év telt el az előző poliszacharid oltás óta; az oltás adható, sőt kifejezetten javasolt adni a szakirodalom által ajánlott, pillanatnyilag ingyenesen elérhető, a 65 felettieknek szintén ajánlott influenzaoltással együtt. Az oltást a háziorvos minden további nélkül beadhatja.

Az oltás pillanatnyilag Magyarországon elég drága, a különböző oltásfajták ára [20 és 25 ezer forint között mozog](#).

Magyarországon az elmúlt években néhány úttörő önkormányzat (Szentés, Telki a 70 év felettieknek, Budapest I. kerület a 80 év felettieknek) már átvállalta az oltás költségét.

²⁷ Ezeket a felvételi arányokat nemzetközi példák is alátámasztják: [A sürgősségi fogamzásgátlás európai konzorciumának 2022-es jelentése](#) alapján csak néhány ország kivételével volt 25%-nál magasabb az esemény utáni tabletták alkalmazók aránya, de való igaz, hogy országoként nagyon eltérők lehetnek ezek az értékek.

²⁸ Ezt a javaslatot csak a teljesség kedvéért foglaltuk össze itt – azt, előzetes javaslatunkra támaszkodva 2024 májusában a Képviselőtestület már elfogadta.



Teendők

- A célcsoport megállapítása.
- Információs kampány.
- A háziorvosok tájékoztatása.

Költségek

A célcsoport méretétől függően 1,5-14 millió forint egyszeri változóköltség.

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

Miben állna?

Olyan fiatal felnőtteknek, akik még nem kapták azt meg, ingyenes HPV oltás felajánlása a háziorvos részéről.

Indoklás

A HPV elleni oltás beadása az iskolai önkéntes kampányoltások formájában a 7-es évfolyamban történik; az oltás a 11-12 éves lányok számára 2014 óta, a fiúk számára pedig 2020 óta kérhető, ingyen. A lányoknál van egy most hároméves (1998-2000-ben születettek), fiúknál egy kilenc éves (1998-2006-ben születettek), idővel értelem szerint szűkülő életkori sáv (26 éves kor alatt ajánlják az oltást), aki még nem kaphattak ingyenes oltást az iskolában és jól tenne nekik, ha megkapnák. Ezen túl fiatal felnőttként az is fel akarhatja venni ezt a [szakirodalom által javasolt oltást](#), akinek a szülei valamiért nem járultak hozzá ehhez hetedikes korában. Bár ez egy viszonylag kicsi és idővel tovább szűkülő kör, akiket viszonylag nehéz elérni (részben a szexuális élettel kapcsolatos kulturális tabu miatt), a várható egészségnyereség náluk is magas.

Az oltás pillanatnyilag Magyarországon elég drága, egy vakcina ára [45.000-55.000 forint között](#) mozog. Tekintettel arra, hogy HPV oltásból 3 adag beadására van szükség, 150.000 forintos egységárral számoltunk.

Teendők

- A célcsoport megállapítása.
- Információs kampány.
- A háziorvosok tájékoztatása.

Költségek

A célcsoport méretétől, az átoltottságtól és a felvételi hajlandóságtól függ, nehezen becsülhető: emiatt a csatolt Excel dokumentumban 5%-os, 20%-os, 25%-os és 80%-os²⁹ felvételi arányt is becsültünk. Ezek alapján, a felvételi aránytól függően kb. 60-960 millió forintba kerülne az Önkormányzat számára. A potenciálisan igen magas összeg itt különösen indokolja a célzott,

²⁹ [Nemzetközi hatástanulmányok alapján](#) az ingyenes HPV oltásokat a jogosult népesség jellemzően 70-80%-a veszi fel.



pilot jellegű kipróbálást.

6. Rota-vírus ellenes gyermekkori oltás ingyenessé tétele

Miben állna?

Rota-vírus elleni kisgyermekkori oltások támogatása/ingyenessé tétele hátrányosabb helyzetű csoportok számára. (Megvizsgáltuk a Meningococcus-A -B, C, W-135, Y oltások támogatását ill. a kullancsencephalitis elleni védőoltások támogatását is, de ott jóval kisebb egészséggazdaságtani indokolttságot találtunk – az utóbbi esetén viszont jelentős lehet a tájékoztatás haszna.)

Indoklás

A kisgyermekeknél a hasmenéses fertőzések, az ebből fakadó, súlyos kiszáradásos esetek és ritkán előforduló halálesetek visszaszorítására javallott preventív módszer a *rota-vírus* elleni oltás beadása már 6-8 hetes csecsemőknek. A háziorvosokkal és védőnőkkel folytatott interjúk alapján, bár halálesethez ritkán vezet, a megbetegedések viszonylag magas előfordulása miatt ajánlott egy ilyen támogatás bevezetése. Ezt a nemzetközi szakirodalom is alátámasztja.

Teendők

- Házi gyermekorvosok tájékoztatása az ingyenes oltás(ok) elérhetőségéről, javasolni nekik, hogy ajánlják ezeket az oltásokat.
- Információ, és a megelőzést segítő tanácsok nyújtása a kullancsok által terjesztett fertőző betegségekről, felismerésükről.

Költségek

Ha minden józsefvárosi gyermek (kb. évi ötszáz) jogosult lenne és a 80%-uk kérné (ehhez nem kell szűrni), az 18 millió forintba kerülne, mivel az oltás ára [kb. 45.000 forint](#). Ha célzás rászorultság-alapon (pl. a család rossz lakáskörülményei) szűkebb lenne (gyermekek esetében a területi célzás talán kevésbé védhető), értelemszerűen kevesebbe.

Orvos-, szolgáltató-oldali beavatkozások

7. Szűrőkapacitások növelése

Miben állna?

Szűrőkapacitások növelése új, szűrőhelyek létrehozásával és több szakorvos alkalmazásával. Fontos, hogy a szűrések ne *ad hoc* történjenek, hanem eredményük, konkrét ajánlásokkal kerüljön be az EESzT-be.

A kerületben és különösen a szegregátumokban élők esetében az egyes szűréseken (elsősorban: mammográfia, laborvizsgálat, vastagbél-daganat-szűrés) megjelenők száma és aránya alacsonyabb a szükségesnél. Ez részben attitűdökből, részben azonban a rendkívül hosszú várólistákból és szakemberhiányból fakad. Előbbin a hátrányos helyzetű negyedekben (közte:



Magdolna, Orczy), és lakótelepeken végzett szűrőhelyek létrehozása, utóbbin ezek a javaslatok, továbbá a Szűrőszombat és egyéb, alkalmoszerű szűrések népszerűsítése segíthet. Az Egészséges Budapest Program keretében bizonyos szűréseket (bár pl. a mammográfiát éppen nem) a Főváros ingyenesen elérhetővé tesz. Az intézkedés hatására nő a szűrésen résztvevő és így időben diagnosztizált (és remélhetőleg előbb-utóbb kezelt) betegek aránya, hosszútávon javulnak a kerületi kimeneti értékek.

Teendők

- A szükséges kapacitások megvásárlása/bővítése.
- Háziorvosok tájékoztatása az újabb szűrőhelyekkel, -akciókkal, időpontokkal kapcsolatban.
- Információs kampány a szűrések fontosságáról.

Költségek

A költségek messzemenően a jellegtől, gyakoriságtól és a szakdolgozóknak fizetendő plusz összegtől függenek, részben (Fővárosi program) ingyenesen rendelkezésre is állnak.

8. *Képzések háziorvosok, nőgyógyászok, asszisztensek számára, a hátrányos helyzetű, etnikai kisebbségekhez tartozó, külföldi lakosságcsoporthoz specifikus szükségleteivel, a sikeres ellátás lehetőségeivel és feltételeivel kapcsolatban*

Miben állna?

Orvosok, népegészségügyi szakemberek, társadalomtudósok, pszichológusok, tapasztalati szakértők bevonásával évente ingyenes, esetleg az orvostovábbképzés keretében pontokra váltható multidiszciplináris tréning felajánlása elsősorban, de nem kizárólag a Józsefvárosi egészségügyi alapellátásba újonnan bekerülő, itt pályát kezdő egészségügyi szakemberek számára.

Indoklás

Az egészségügyi képzésben ma rendkívül limitált a szűken vett orvosi szakterületen túlra tekintő, szociokulturális tudást és érzékenységet fejlesztő, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek gyökereivel és kezelésével kapcsolatos képzések jelenléte, miközben a Józsefváros lakosságának nem elhanyagolható része a középosztálynál alacsonyabb státuszú, etnikailag és kulturálisan az orvosokétól eltérő csoportokba tartozik. Ezért aztán az itt dolgozók egy része tájékozatlanul, paternalista, akár rasszista előítéletekkel telve és az alkalmas eszközök ismerete nélkül lát munkához. Nyilván határos, mit és mennyire lehet ebből egy-egy rövid (tovább-)képzéssel oldani-javítani, és fennáll a veszélye, hogy egy ilyen képzés *pro forma* alibizéssé válik, de egészen biztosan van, akinek egy profi, szakmabeli képző érdemben tudhat segíteni. Ha sikerül egy nem-oktrojált, a valódi helyzetekben segíteni képes képzést nyújtani, az érdemi változást jelenthet.

Teendők

- Alkalmas képző(k) megtalálása.
- Tematika kidolgozása.



- Évente (először pilot jelleggel) lebonyolítása.
- Az újonnan munkába állók belépési rutinjába való beillesztése.

Költségek

Egyszeri képzésfejlesztés, ill. a kerület igényeihez igazítása + éves lebonyolítás költsége, a hosszától és a résztvevők számától függően. 1-2 millió forint + 0,5-1 millió forint/alkalom

9. JEK kapacitásbővítése, több szakorvos alkalmazása, az orvosok munkakörülményeinek javítása

Miben állna?

A JEK humánkapacitásának és ha szükséges, infrastrukturális kapacitásának (tovább)növelése azokon a területeken, amelyek népegészségügyi szempontból különösen fontosak: kardiológián, diabetológián, mammográfián, laborvizsgálatok terén

Indoklás

Bár ez elsősorban nem önkormányzat által finanszírozandó feladat és a JEK nem is csak kerületi lakosokat lát el, kutatásunk szerint a mostani hosszú várólisták egyértelmű szűk keresztmetszetet jelentenek a kerületi lakosok egészségkimeneteinek javítása előtt.

Teendők

JEK-kel további kutatás keretében tisztázandó.

Költségek

JEK-kel további munka keretében tisztázandóak.

10. A háziorvosi rendelők infrastruktúrájának fejlesztése

Miben állna?

A háziorvosi rendelők infrastruktúrájának fejlesztése: igény szerint eszközök (telefon, számítógép) pótlása, korszerűsítése, ha igénylik, asszisztensek és az orvosok számára elkülönített rendelőhelyiségek kialakítása, Erodium betegirányító szoftver vásárlásának támogatása a rendelőkben; esetleg egyes hiányzó orvoscímek beszerzésének támogatása.

Indoklás

A háziorvosok szerepe kritikus fontosságú az egészségkimenetek javítása terén, és egy részük munkájában szűk keresztmetszet egyrészt a helyiségbeosztás, másrészt a betegmenedzsment ICT infrastruktúrája. Az ezen kipróbáltan javítani képes megoldások költségeinek egy részének átvállalása.



Teendők

- A háziiorvosi igények felmérése (önrészt is tartalmazó önkormányzati támogatást feltételezve).
- Tárgyalás a termékek szállítóival, a rendelők infrastrukturális fenntartóival, konkrét költségbecslés.

Költségek

Háziiorvosi praxisonként a csomagtól és a támogatás-intenzitástól függően 0,3-5 millió forint.

11. Kerületi kiegészítő népegészségügyi indikátorrendszer kidolgozása és pótlólagos finanszírozás hozzákapcsolása

Miben állna?

A háziiorvosok által választható, a NEAK indikátorrendszerére építő és azt kiegészítő, kerületi indikátorrendszer létrehozása, mely pontozása figyelembe veszi a praxisok egymástól eltérő szociális összetételét és a kerületi egészségügyi helyzetképet és demográfiát. A kiegészítő indikátorrendszer alapján az elért javulás arányában a háziiorvosok plusz juttatásban részesülnének.

Indoklás

A háziiorvosok szerepe / attitűdje kritikus fontosságú a népegészségügyi eredmények javításában. Egy olyan robusztus, jól célzott, kvantitatív ösztönzőrendszer kidolgozása, mely érdekeltté teszi őket ebben, a semmiből, kerületi keretek között nulláról nem lehetséges. Meg lehet azonban erősíteni és a kerületi kiinduló értékekhez lehet igazítani a hosszú évek alatt, adatalapon kidolgozott központi indikátorrendszer egyes, a józsefvárosi megelőzésben különösen fontos elemeit és a javításukhoz támogatást lehet rendelni.

Teendők

- A részletek, célértékek kalibrálása.
- A támogatás szintjének kalibrálása.
- A (választható!) rendszer megismertetése a háziiorvosokkal, feedback.
- Az értékek monitorozása, a rendszer folyamatos adminisztrációja.
- Monitoring.

Költségek

A rendszer részletes kidolgozása: egyszeri 1-3 millió forint. Folyamatos finanszírozása résztvevő háziiorvosonként, évente 1-5 millió forint.



12. Az eddig említett változásokat elvárásként/ajánlatként tartalmazó új háziorvosi szerződéstervezet készítése jogász bevonásával és a jelenlegi kerületi háziorvosoknál választható opcióként, a jövőben újonnan alkalmazott háziorvosoknál alapértelmezésként ennek alkalmazása betöltetlen praxisok esetén

Miben állna?

A megelőző három, háziorvosokat érintő javaslatot szerződéses ajánlattá formálná és mint ilyet hirdetné meg az Önkormányzat.

Indoklás

A megelőző három, háziorvosokat érintő javaslat a meglevő kerületi háziorvosok számára ajánl választható (*opt-in*) megoldásokat. A mostani háziorvosok attitűdjeinek ismeretében a fogadókészség viszonylag limitált lehet. Az új rendszert azonban ajánlatként is érdemes megfogalmazni és meghirdetni: ez felmenő rendszerben segítene a körzeteket olyan háziorvosokkal feltölteni, akik saját jól felfogott érdekükben is készek prioritásként kezelni a kerületi népegészségügyi célokat.

Teendők

- A szerződéstervezet kidolgozása szakterületi szakemberek és önkormányzati jogászok bevonásával.
- Háziorvosi-szakmai fórumokon a mellette szóló érvek bemutatása, kommunikációja.

Költségek

Direkt költség limitált, de feltételezi az előző három javaslat kidolgozását.

Önkormányzat-oldali beavatkozások

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

Miben állna?

Az önkormányzat és az önkormányzati vállalatok, mint munkaadók, a multik legjobb gyakorlatát másolva, amennyire ezt a munkaszervezés kényszerei engedik, munkavállalóiknak évi plusz egy, kifejezetten, kizárólag és igazoltan egészségfenntartásra (alapellátásbeli állapotfelmérésre, szűrésre, életmódjavítással kapcsolatos szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékozódásra) szánt szabadnapot kínálnak.

Indoklás

Ez a multiknál elterjedt gyakorlat legalább az önkormányzattal közvetlen vagy közvetett munkaviszonyban állók esetén segít enyhíteni azt a reális veszélyt, hogy az egészségmegőrzésnek a munkakényszer, a fizetett szabadság kímélése legyen az akadálya.



Teendők

- Az önkormányzati és saját vállalati HR-esekkel közösen tudatosítás, külső jógyakorlatokat bemutató szakemberek meghívása.
- Javaslatok megfogalmazása.
- Jó gyakorlatok elismerése, esetleg jutalmazása.

Költségek

Direkt költség limitált, az Önkormányzatnál (ill. a vállalatánál) mint munkaadónál viszont fellépnek a plusz szabadság okán plusz munkaerő- ill. helyettesítési, illetve a munkaszervezéssel kapcsolatos kérdések, melyeket a pontos javaslatok megfogalmazásakor lehet azonosítani és esetleg Önkormányzati költségvetésből kompenzálni.

14. Egészségügyi-népegészségügyi asszisztensek alkalmazása

Miben állna?

A háziiorvosi rendelőkhöz/esetleg a praxisközösségekhez rendelt háziiorvosok munkáját is segítő, de az Önkormányzat által foglalkoztatott egészségügyi-népegészségügyi szakember vagy asszisztensi státusz létrehozása és olyan szakemberek alkalmazása, aki közvetlen kapcsolatban áll a lakossággal, az érdeklődők számára egészséggel kapcsolatos tanácsadást nyújt, képes az egyszerűbb szűrések és mérések elvégzésére és hozzáférést biztosít, tanácsot ad a lakosok számára az ellátórendszerhez való hozzáféréshez.

Indoklás

Bár ezek a feladatok most a háziiorvosokra és asszisztenseikre hárulnak, ők szakmai preferenciáik és kapacitáskorlátaik okán ezt a feladatot, amely kritikusan fontos lehet az egészség-kimenetek szempontjából, messze nem látják el teljeskörűen.

Teendők

- A munkaköri leírás kidolgozása – háziiorvosok bevonásával
- Munkafeltételek kialakítása, helységgel való ellátásuk.

Költségek

Elsősorban a felveendő szakemberek fizetése – főállású munkatársanként évente bruttó 4-6 millió forint.

15. Kerületi egészségmediátorok alkalmazása a bizalmatlan vagy nyelvileg elszigetelt társadalmi csoportok elérésére

Miben állna?

A svájci finanszírozási háziiorvosi modellkísérlet „önkéntes egészségőr” státuszára építve, a helyi közösségbe beágyazott, az egészségügyben legalább alapszintű tudással rendelkező, önkormányzati egészségmediátor(ok) képzése és alkalmazása, akik felhívják a figyelmet az



egészségügyi vizsgálatok, szűrések, megelőzés fontosságára. A mediátorok a lakosságot szólítják meg, úgy, hogy közben az önkormányzattal és a háziorvosokkal is szoros kapcsolatot tartanak fenn. (Kósa et al 2020; OSI 2011)

Indoklás

Az egyik korlát az igénybevétel előtt alacsonyabb szocioökonómiai státuszú, nyelvileg, kulturálisan vagy szociális hálózatukban a többségtől eltérő lakosok bizalom- és információhiánya a meglevő, elérhető egészségügyi és megelőző szolgáltatásokkal kapcsolatban. Ennek enyhítésére jól ismert nemzetközi gyakorlat az érintett csoportokba beágyazott, de az intézményrendszert is ismerő mediátorok alkalmazása.

Teendők

- A munkaköri leírás kidolgozása – háziorvosok, érintettek bevonásával.
- Rekrutáció, képzés – helyi közösségekben járatos szakemberek bevonásával.
- Munkafeltételek kialakítása, helységgel való ellátásuk.

Költségek

A képzés és a felveendő munkatársak fizetése – főállású munkatársanként évente bruttó 4-6 millió forint (de alapértelmezésként nem szükséges, hogy pont egy főállást hozzon létre a kerület).

+1. Népegészségügyi kabinet felállítása és stratégia kidolgozása

Miben állna?

Az Önkormányzaton belül egy népegészségügyi kabinet létrehozása egy, ezért a területért felelős, lehetőleg egészségügyi végzettséggel és erős népegészségügyi szemlélettel bíró, elkötelezett népegészségügyi koordinátor alkalmazásával. Továbbá, a stakeholderek bevonásával, erre a jelentésre is építve egy, az intézkedéseken túl a megcélzott célindikátorokat és monitoringot is tartalmazó kerületi népegészségügyi stratégia (érdemi „járás egészségterv”) megalkotása.

Indoklás

Bár a felkérés nem az önkormányzat saját stábjának reformlehetőségeinek feltérképezésére vonatkozott, a munkánk során az a kép alakult ki bennünk, hogy az Önkormányzat ma nem kezeli ezt a területet prioritásként, hiányzik a stratégiai megközelítés, hiányos az érdekeltek és az Önkormányzat között az előretekintő, produktív kommunikáció. Bár ez a hiány nyilvánvalóan csak közvetetten vezet szuboptimális egészségkimenetekhez, orvoslása nélkül aligha lesz kapacitás a javasolt, politikai figyelmet, problémafeltáró, döntéselőkészítő, egyeztetésekkel járó közpolitikai aprómunkát igénylő változtatások meghozatalára, implementációjára és nyomonkövetésére. Ha ez igaz, az szervezeti választ is igényel. Egy ilyen új/megerősített szervezeti egységnek és az azt vezető politikusnak (alpolgármesternek?) első feladata egy (új) – amúgy különben elvárt – stratégia, egészségterv kidolgozása, megvitatása és elfogadtatása kell, hogy legyen.



Teendők

- Intézményi keretek kialakítása, státuszok létrehozása és feltöltése az Önkormányzaton belül.

Költségek

A választott szervezeti és HR megoldásoktól függenek.

A JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK ÖSSZEFÜGGÉSEI, TOVÁBBI MEGFONTOLÁSOK

A javasolt intézkedések típusai, összefüggései

Az előző részben 15+1 kisebb-nagyobb beavatkozási javaslatot fogalmaztunk meg, melyeket emlékeztetőül címszavakban alább még egyszer felsorolunk (közülük is vastagon szedve azokat, amelyekre költött forrásoktól a megismert tények, mechanizmusok és attitűdök fényében fajlagosan különösen nagy egészséghaszonra számítunk és melyek hatásosságában legkevésbé van kételyünk):

1. Szociális háttér alapján célzott közvetlen feltételes készpénztranszfer (Conditional Cash Transfer: CCT)
2. Társadalombiztosítási (TB) jogviszony rendezetlenségének tisztázása és segítség a probléma megoldásában
3. Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele
4. (Influenza-oltás mellett felvett pneumococcus-oltás ingyenessé tétele idősebb rászorultaknak)³⁰
5. HPV oltás ingyenessé tétele és felajánlása 26 év alatti felnőtteknek
6. Rota-vírus ellenes gyermekkorai oltás ingyenessé tétele
7. Szűrőkapacitások növelése
8. Képzések házi orvosok, nőgyógyászok, asszisztensek számára, a hátrányos helyzetűekkel, etnikai kisebbségekhez tartozókkal, külföldiekkel szembeni bánásmóddal, sajátos szükségleteivel kapcsolatban
9. JEK 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 szerződéstervezet készítése jogász bevonásával és a jelenlegi kerületi házi orvosoknál választható opcióként, a jövőben újonnan alkalmazott házi orvosoknál 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 asszisztensek alkalmazása

³⁰ Ahogy már említettük, ezt a javaslatot csak a teljesség kedvéért foglaltuk össze itt – azt, előzetes javaslatunkra támaszkodva 2024. májusában a Képviselőtestület már elfogadta.



15. Kerületi egészségmediátorok alkalmazása

+1. Népegészségügyi kabinet felállítása és stratégia kidolgozása

Ezek az külön-külön bemutatott javaslatok azonban számos szempontból rendkívül különbözőek. Itt, (részben bevallottan a +1. pontunkban javasolt kerületi népegészségügyi stratégiát megelőlegezve) azt tekintjük át, milyen kapcsolatok vannak a javaslataink között, milyen adminisztratív, költségvetési, egyéb erőforrásokat igényelnek, milyen időtávon és jelleggel fejtik ki a hatásukat.

Először is azonosítjuk azokat a javaslatokat, melyek jelentős önkormányzati-intézményi fejlesztést nem igényelnek. Nyilván ezek előkészítésével és implementációjával is van munka bőven, de úgy véljük, ahogy a már elfogadott időskori pneumococcus-oltástámogatáshoz (4. javaslat) hasonlóan ezeket, amikor lehetőség adódik rájuk, magukban, a mostani keretek között is be lehet terjeszteni, rendeletként vagy rendeletmódosításként el lehet fogadtatni és meg lehet valósítani. Ebbe a kategóriába tartoznak a **2, 3, (4), 5, 6, 13.** javaslataink. Az összes többi (**1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15.**) olyan szakmai-intézményi döntéselőkészítést és egyeztetést igényel, amiről azt gondoljuk, az Önkormányzat mostani állapotában nem áll készen, sem, ami a speciális döntés-előkészítési kapacitást, sem, ami a területet érintő politikai figyelmet illeti. Voltaképp erre a problémára javaslunk megoldást a **+1.** javaslatunkkal (kabinet + stratégia). Még ha fel is áll egy ilyen szervezeti háttér, az **1, 8, 11, 14, 15.** javaslat akkor is külső szakértelem bevonását fogja igényelni.

A javaslataink részben egymásra épülnek, egymást feltételezik, vagy legalább is erősítik:

- Feltételes készpénztranszferrel ösztönözni az igénybevételt (1.) Sándor (2020) alapján is leginkább akkor érdemes, ha megvan a háziiorvosi, szűrési és járóbeteg-ellátási kapacitás hozzá (**10, 7, 8, 9**) és a háziorvosok részéről a hajlandóság is (**11, 12**).
- A háziorvosokat általában is leginkább akkor érdemes szélesebb körű népegészségügyi erőfeszítésekre ösztönözni anyagi eszközökkel (**11.**), ha van kapacitás ott, ahova a betegeket küldik majd (**7, 9.**)
- Az új háziiorvosi szerződésnek (**12.**) akkor van értelme, ha van mit belefoglalni (**11,** és esetleg **8, 10.**)
- Minden, különösen is elsősorban a hátrányos helyzetűeket érintő intézkedés (**1, 3**) bevezetését fontos, hogy megelőzze felvilágosítás és szakszerű információnyújtás szakemberek bevonásával mind az orvosok (**8**), mind a népesség körében.

Költségvetési szempontból, a rendelkezésre álló éves keretek függvényében érdemes lehet különválasztani a viszonylag kicsi (kb. évi 5 millió forintnál kevesebbe kerülő) javaslatokat egyfelől: **2, 5³¹, 8, 10, 12, 13.** – ezeknél, ha van az ügy mellett elkötelezettség és más megfontolások nem szólnak ellenük, költségvetési megfontolások aligha jelentenek súlyos ellenérvet – és a jelentős költségvetési vonzattal járó intézkedéseket (**7, 9, 11, 14, 15.**), melyek egyértelműen komolyabb költségvetési elköteleződést is igényelnek, figyelembe véve azt is, hogy sok a köztes (4-20 millió/év) javaslatunk is, illetve a költségvetés több intézkedésnél nagy

³¹ A HPV oltás széleskörben való nyújtása költségvetésileg a bemutatott formában éppen hogy a nagyobb tételek közé tartozik, de reálisan (erről egy pilot keretében meg is lehet bizonyosodni) sajnos nem számítunk magas felvételi arányra, és a költségei évről-évre szűkülnek majd.



mértékben függ a javaslat célzásától.

Érdemes lehet megkülönböztetni azokat a beavatkozásokat is, melyek közvetlenül kecsegtetnek egészségnyereséggel (**2, 3, 4, 6, 7, 9, 13**) a beruházás jellegű, a józsefvárosiak egészségét közvetve, hosszabb távon szolgáló intézkedésektől (**8, 10, 13, +1.**)

Fontos azt is azonosítani, hogy a **14, 15, +1.** javaslataink új önkormányzati státuszok létrehozásával járnak.

Mindezt, hogy áttekinthető legyen, a 14. táblázatban foglaltuk össze.

Ennek felhasználásával, a politikai elkötelezettség, az adminisztratív kapacitások és a költségvetési keretek függvényében lehet érdemes ebből a „menüből” „csomagokat” összeállítani. Például egy, jelentős adminisztratív fejlesztést és külső szakértelmet nem igénylő „minimum” csomag lehet a már bevezetett pneumococcus-oltás támogatáshoz (4) némileg hasonló **2, 5, 6, 13** intézkedések alkotta beavatkozás-együttes.

Sokkal gyökeresebb, de nagyobb elköteleződést igénylő beavatkozáscsomag lehet egy stratégiai, a háziorvosi ellátás javításán keresztül a hátrányos helyzetűekre koncentráló csomag, mely a **+1, 8, 10, 11, 12, 14, 15.** intézkedésekre koncentrálna.

14. Táblázat – Javaslato

Javaslat sorszáma	Előfeltétel	Erősíti a várható hatását	Külső szakértelmet igényel	Admin. fejlesztést igényel (+1) jár	Jelentős költséggel
1. CCT	7, 9, 10	8, 11	X	X	
2. TB-jogviszony					
3. Esemény utáni t.		8	X		
4. Pneumococcus-oltás					
5. HPV-oltás					
6. Rota-oltás					
7. Szűrőkapacitások				X	X
8. Képzések			X	X	
9. JEK-kapacitás				X	X
10. Rendelő-infrastruktúra				X	
11. Indikátor+	7, 9		X	X	X
12. Új h.o. szerződés	11	8,10		X	
13. Munkaadói					
14. Népeg. asszisztensek		8	X	X	X
15. Egészségmediátorok		8	X	X	X
+1. Kabinet+stratégia					

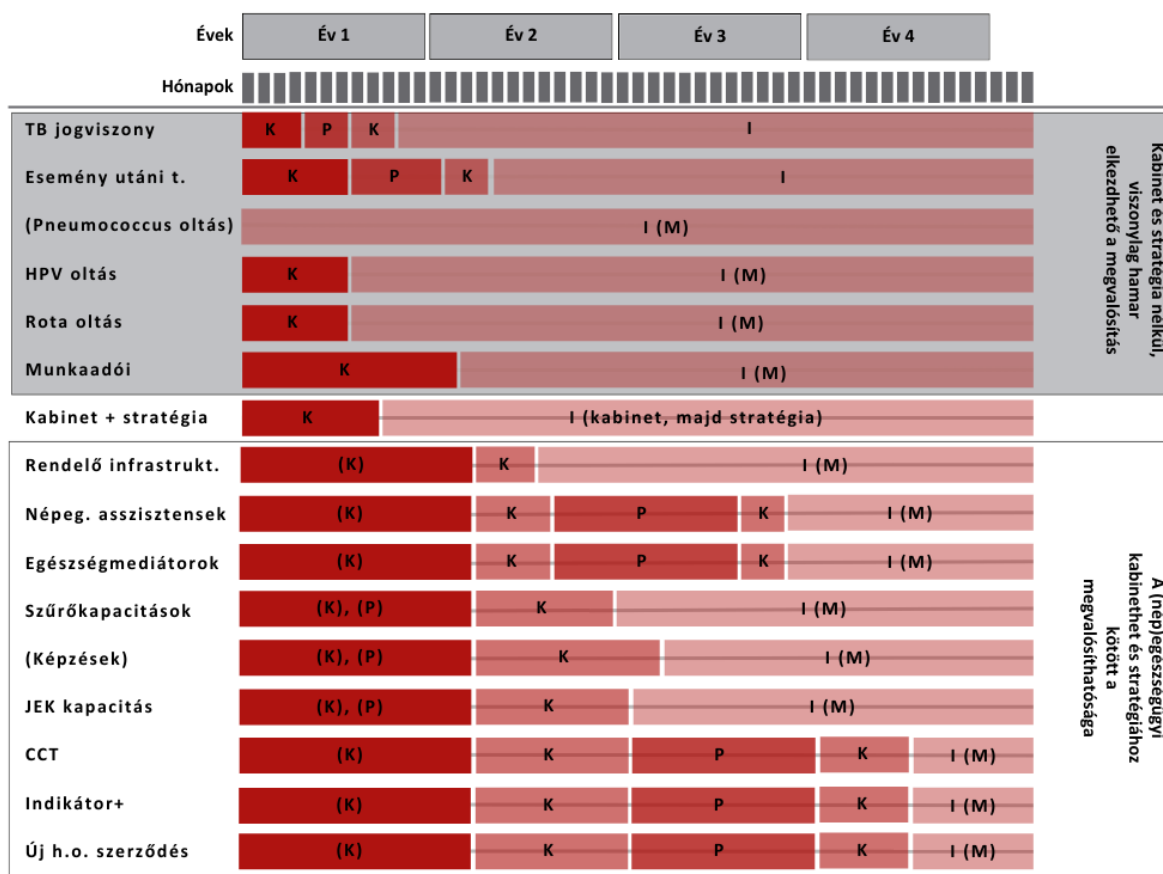
A fenti beavatkozások kidolgozásának és sikeres végrehajtásának egy jelentős részéhez szükséges lehet külső szakértelem vagy együttműködés. Alább, a 15. táblázatban inkább példálózva, mint a teljesség igényével felsorolunk néhány lehetséges partnerintézményt –



ezen kívül természetesen a Budapest Szakpolitikai Intézet is rendelkezésre állhat egyes beavatkozások megtervezésére és/vagy értékelésére.

A javasolt beavatkozások megtervezésének, kidolgozásának és bevezetésének tervezéséhez készítettünk egy rendkívül indikatív GANTT diagramot is. Ez (15. ábra) abból indul ki, hogy az önkormányzat az összes általunk javasolt beavatkozásba belevág. További egyszerűsítő feltételezés, hogy a politikai/költségvetési döntéshozatalhoz, amelynek átfutását kívülről nem tudjuk megítélni, nem rendeltünk külön időtartamot. (A +1 javaslat explicit beépítésén túl) azt sem vizsgáltuk, megvan-e a stábben a döntéselőkészítéshez szükséges humánkapacitás – feltételeztük, megvan. Az ábrán az intézkedések részletes kidolgozásának (K), kicsiben, pilotként való kipróbálásának és monitorozásának (P), ill. implementációjának és monitorozásnak (I, M) szerintünk *minimálisan* szükséges időigényét és egymásraépüléseit domborítottuk ki.

15. Ábra: Az összes intézkedés kidolgozásának, megvalósításának és bevezetésének minimális időigényének illusztratív Gantt diagramja



K: Intézkedések részletes kidolgozását jelöli

P: Az intézkedések kicsiben, pilotként való előzetes kipróbálását és monitorozását jelöli.

I: Az intézkedések implementációját jelöli.

I (M): Az intézkedések implementációját és monitorozását jelöli.

Az ábrán a javasolt intézkedéseket kronologikusan rendeztük. Így például a TB jogviszonnyal nem rendelkező kerületi lakosok jogviszonyának rendezése az egyik legalacsonyabb időigénnyel rendelkező beavatkozások közé tartozik.

A fekete kerettel ellátott intézkedések bevezetése a (nép)egészségügyi kabinet felállításához, majd a stratégia kidolgozásához kötött, értelemszerűen így ezek az intézkedések nagyobb időigénnyel is rendelkeznek.



15. Táblázat - Lehetséges partnerek, együttműködési lehetőségek más szervezetekkel

Szervezet neve	Elérhetőség	Javaslat
BMSzKI (VIII. kerület)	1087 Budapest Kőbányai út 22. +36 1 323 3305 www.bmszki.hu	CCT (1), Pneumococcus- oltás (4)
EFI Pesterzsébeti Irodája	1204 Budapest, Köves utca 1/A. +36 1 289 6212 efi20info@delpestikorhaz.hu https://delpestikorhaz.hu/	Népegészségügyi stratégia (16)
Magyar Máltai Szeretetszolgálat egészségfejlesztési programja	1125 Budapest, Szarvas Gábor út 58-60. +36 1 39 14 700 mmsz@malta.hu https://www.maltai.hu , https://fete.hu/szakteruletek/egeszsegugy/	CCT (1), Pneumococcus- oltás (4)
Magyarországi Dúlák Egyesülete (MODULE)	1082 Budapest Baross utca 98. 3/9. +36 30 242 0055 letkerdesek@gmail.com https://www.module.hu/	CCT (1), Esemény utáni tabletták (3), HPV oltás (5)
Oltalom Karitatív Egyesület	1086 Budapest, Dankó utca 9. +36 1 210 5400 oltalom@oltalom.hu https://oltalom.hu/	CCT (1), Pneumococcus- oltás (4)
Patent Egyesület	+36 80 808 081 info@patent.org.hu https://patent.org.hu/	Esemény utáni tabletták (3), Képzések (8)
Rosa Parks Alapítvány (és Láthatatlan Tanoda)	1086 Budapest, Karácsony Sándor utca 31-33. rosaparks@rosaparks.hu ; lathatatlantanoda@rosaparks.hu https://www.rosaparks.hu	CCT (1), Esemény utáni tabletták (3), HPV oltás (5), Rota-vírus elleni oltás (6), képzés (8)
SE klinikái és oktatási intézményei általában, és SE Egészségfejlesztési Központ célzottan	1085 Budapest, Üllői út 26 sek@semmelweis-univ.hu https://semmelweis.hu/egeszsegfejlesztes/en/	Képzés (8)
Védőnők (VIII. kerület)	1082 Budapest, Baross utca 63-67. https://jozsefvaros.hu	CCT (1), Esemény utáni tabletták (3), HPV oltás (5), Rota-vírus elleni oltás (6)
HAOSZ (Háziorvosok Online Szervezete)	info@haosz.hu , 2315 Szigethalom, Dobó K. utca 27. https://www.haosz.hu/	Indikátorrendszer (11)



Monitoring, értékelés és kockázatok

A javasolt intézkedések figyelemmel követése az implementáció során nyilvánvalóan szükséges; közülük különösen több esetén elkerülhetetlen lesz az első tapasztalatok vagy egy pilot fázis után az újralibráció, ehhez pedig monitoring és legalább is az inputokra és az outputokra vonatkozó értékelés szükséges.

Ami az egészségkimenetekre (pl. hospitalizáció, halálozás) vonatkozó kvantitatív hatásokat illeti, ott a jelentésünk diagnosztikus részében használt, központilag gyűjtött adminisztratív adatok lehetővé teszik, hogy a beavatkozások után, reálisan néhány év múltán (ne feledjük, vannak olyan beavatkozások, amelyek kedvező hatásai csak évtizedek múltán válnak mérhetővé!) kvantitatív, kvázikísérleti módszerekkel (pl. a hasonló kerületekkel való *difference in differences*, vagy, ha az intézkedések egy kritikus része területileg célzott, kerületen belüli területi összevetéssel) értékeltesse szakemberekkel a kerület, sikerült-e valóban javulást elérni. Fontos hangsúlyozni, hogy ilyen, statisztikai eszközökkel szignifikánsnak adódó javulást valószínűleg csak több, nagyobb intézkedés együttes meghozatalától (és persze következetes végrehajtásától) lehet reálisan elvárni.

Végül, feltételezve, hogy az Önkormányzat jelentésünk nyomán egy komolyabb népegészségügyi intézkedéscsomag meghozatalára szánja el magát, érdemes gyorsan felsorolni, annak sikerével kapcsolatban milyen főbb *kockázatokkal* kell számolni. A teljesség igénye nélkül a következőkre hívnánk fel a figyelmet. Egy kerületi stratégia megalkotásakor az ezekre való felkészülés, az ezekkel szembeni védekezés beépítése kulcsfontosságú lehet:

- Váratlan exogén sokkok léphetnek fel az intézkedéseknek mind az egészségügyi (pandémia), mind a szabályozási (újabb önkormányzati tevékenységek államosítása, költségvetési elvonások), mind a gazdasági (konjunktúra) peremfeltételeivel kapcsolatban.
- Előfordulhat, hogy a javasolt, összetett, intézményektől és egymástól sok ponton függő intézkedéseket nem sikerül megvalósítható stratégiává szervezni.
- Az intézkedéscsomag sikerét alááshatja, ha Önkormányzatnak nem sikerül a sikerhez szükséges bizalmat megszerezni az egészségügyi dolgozóitól, ill. más fontos stakeholderektől.
- Lényegesen ronthatja a részvételt, ha a beavatkozásokat nem sikerül meggyőzően kommunikálni a lakosság felé.
- A sikert kisiklathatja az is, ha nem sikerül az intézkedések mellé kellően széles politikai támogatást szerezni, és a beavatkozások elfogadását és implementációját politikai belharcok nehezítik.



FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- 314/2012. (XI. 8.) Korm. rendelet a településfejlesztési koncepcióról, az integrált településfejlesztési stratégiáról és a településrendezési eszközökről, valamint egyes településrendezési sajátos jogintézményekről, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200314.kor>
- 53/2021. (II. 9.) Korm. Rendelet a praxisközösségekről, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2100053.kor>
- 2020-as évi törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000100.tv>
- ÁNTSZ (2018): EMMI módszertani levele a 2018. évi védőoltásokról, https://www.antsz.hu/data/cms84807/EMMI_VML2018_kozlony.pdf
- Bánáti, Anna (2023): Nem kötelező védőoltások: mennyire kell a zsebünkbe nyúlni? Forbes.hu, <https://forbes.hu/penz/nem-kotelezo-vedooltas-ar-gyerekek/>
- Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, et al. (2018): The impact of cash transfers: a review of the evidence from low- and middle-income countries. J Soc Policy, 48, 569–594., https://www.researchgate.net/publication/328200933_The_Impact_of_Cash_Transfers_A_Review_of_the_Evidence_from_Low-_and_Middle-income_Countries
- Cookson, Richard et al. (2021): The inverse care law re-examined: a global perspective. The Lancet, 397 (10276), 828 – 838., doi: 10.1016/S0140-6736(21)00243-9
- Erodium.hu (2024): Tájékoztató orvosoknak, <https://erodium.hu/info/orvos>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2024): Pneumococcal Disease: Recommended vaccinations, <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=25&SelectedCountryIdByDisease=-1>
- European Consortium for Emergency Contraception (2022): An update on access to emergency contraception in Europe, https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2022/02/ECEC-Update-EC-access-Europe_FEB_2022_FINAL.pdf
- Falcaro, Milena, Castanon, Alejandra, Ndlela, Busani, Checchi, Marta, Soldan, Kate, Lopez-Bernal, Jamie (2021): The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence. A register-based observational study. 10316(398), 2084-2092, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02178-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02178-4)
- Fadgyas-Freyler, P. (2017): A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. Esély 2017/3, https://www.esely.org/kiadvanyok/2017_3/esely_2017-3_3-2_fadgyas-



[freyer hajlektalan emberek.pdf](#)

Filc D, Davidovich N, Novack L, Balicer RD (2014): Is socioeconomic status associated with utilization of health care services in a single-payer universal health care system? Int J Equity Health, 13:115, doi: 10.1186/s12939-014-0115-1

Hablicsek, L., Kovács, K. (2007): Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentései 84., <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/download/384/138>

HAOSZ - Házi orvosok Online Szervezete (2020): Javaslatcsomag a háziorvosi/ házi gyermekorvosi rendszer átfogó megújításához, <https://haosz.hu/sites/default/files/haosz-javaslatcsomag-2020majus27-vegleges2.pdf>

Józsefvárosi Önkormányzat (2021): Covid oltás utáni támogatás a józsefvárosiaknak, <https://jozsefvaros.hu/otthon/hirdetotabla/hirek/2021/09/covid-oltas-utani-tamogatas-a-jozsefvarosiaknak/>

Józsefvárosi Önkormányzat (2024): Szűrőszombat a Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központban, <https://jozsefvaros.hu/otthon/hirdetotabla/hirek/esemenyek/2024/02/szurosszombat-a-jozsefvarosi-szent-kozma-egeszsegugyi-kozpontban/>

Józsefvárosi Önkormányzattól kapott adatok és információk (2023-2024)

Józsefvárosi Újság (2022): Térképen nézhető meg, mi lesz a sorsa önkormányzati bérházaknak. <https://jozsefvarosuj sag.hu/terkepen-nezhető-meg-mi-lesz-a-sorsa-onkormanyzati-berhazaknak/>

Kolozsvári, László Róbert dr., Rurik, Imre dr. (2016): A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése - Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal? Orvosi Hetilap, 157(9), 328–335., DOI: 10.1556/650.2016.30378

Kósa, K., Katona, C., Papp, M. et al. (2020): Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary. BMC Fam Pract 21, 19 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1092-7>

Kőrösi, László (2023): Háziorvosi finanszírozási rendszer átalakítása Háziorvosi indikátorrendszer fejlesztése 2023. A NEAK Alapellátási Munkacsoportjának 2023. március 7-i nyilvános ülésén elhangzott előadás. NEAK, <https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/elodasok-alapellatasi-munkacsoport/Haziorvosi-indikatorrendszer-fejlesztese&inline=true>

Kovács, A. (2012): Budapest VIII. kerület lakosai egészségi állapotának elemzése. Doktori tézisek. Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola, http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/kovacsaranka.d.pdf

Levegő Munkacsoport (n.d.): Budapest légszennyezettségi adatai.



- https://www.levego.hu/sites/default/files/kapcsolodo/bp_legszennyezettsegi_adatai.pdf
- MÁÉSZ (2020): Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogram 2010-2020-2030, [https://egeszsegprogram.eu/content/kozerdeku-
adatok/pdf/publikaciok/lam_tudomany_-_
magyarorszag_atfogo_egeszsegvedelmi_szuroprogramjanak_\(maesz\)_2019._evi_es_20
10-2019_kozotti_osszefoglalo_adatai_\(2020\).pdf](https://egeszsegprogram.eu/content/kozerdeku-
adatok/pdf/publikaciok/lam_tudomany_-_
magyarorszag_atfogo_egeszsegvedelmi_szuroprogramjanak_(maesz)_2019._evi_es_20
10-2019_kozotti_osszefoglalo_adatai_(2020).pdf)
- Magyar Orvosi Kamara (2021): Gyakran ismételt kérdések a praxisközösségekről, <https://mok.hu/hirek/bertabla/gyakran-ismetelt-kerdesek-a-praxiskozossegekről>
- Meyer, B., Wyse, A., Logani, I. (2023): Life and Death at the Margins of Society: The Mortality of the U.S. Homeless Population. NBER WP 31843. DOI 10.3386/w31843.
- NEAK (2023): A háziorvosi szolgálatok indikátor alapú teljesítményértékelése – 2023. július, [https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/Alapella
tas/hsz_indikator/Haziorvosi_indikator_utmutato_202307.pdf&inline=true](https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/Alapella
tas/hsz_indikator/Haziorvosi_indikator_utmutato_202307.pdf&inline=true)
- NEAK (2024): Indikátorrendszer – Háziorvosi, fogorvosi, [https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/alap
ellatas/indikatorrendszer---haziorvosi-fogorvosi](https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/alap
ellatas/indikatorrendszer---haziorvosi-fogorvosi)
- Nemzeti Népegészségügyi Központ (2023): Népegészségügyi célú szűrési koordinációs osztály, [https://www.nnk.gov.hu/index.php/szuresiranyitasi-foosztaly/szervezeti-
egysegek/nepegeszsegugyi-celu-szuresi-koordinacios-osztaly/205-vastagbelszures/755-
vastagbelszures](https://www.nnk.gov.hu/index.php/szuresiranyitasi-foosztaly/szervezeti-
egysegek/nepegeszsegugyi-celu-szuresi-koordinacios-osztaly/205-vastagbelszures/755-
vastagbelszures)
- Nemzeti Népegészségügyi Központ (2024): Egészségfejlesztési Irodák, <https://www.nnk.gov.hu/index.php/efi>
- Nemzetközi Oltóközpont (2024): Árlista, <https://oltokozpont.hu/hu/arlista>
- Országos Kórházi Főigazgatóság (2023): Nemzeti védőnői szolgálat – „kicsit” másképp, <https://okfo.gov.hu/Hirek/nemzeti-vedonoi-szolgalat--kicsit-maskepp>
- OSI - Open Society Foundations (2011): Roma Health Mediators – Successes and Challenges. Roma Health Project, Open Society Public Health Program.
- Rukiko, M. D., Mwakalobo, A. B. S., & Mmasa, J. J. (2023): The context in conditional cash transfer (CCT) programs: A royal road to health service utilization to the poor? Cogent Business & Management, 10(1). <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2198075>
- Sándor, János (2020). A felnőtteket ellátó háziorvosi alapellátás preventív szolgáltatásainak értékelése Magyarországon. MTA Doktori értekezés, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvosi Intézet, <http://real-d.mtak.hu/1275/>
- Sándor, János, Vincze, Ferenc, Jenei, Tibor, Kőrösi, László, Falusi, Zsófia, Kósa, Karolina, Ádány, Róza (2020). Szegregátumokban élők egészségügyi ellátása. In: Kolosi, Tamás, Szelényi, Iván, Tóth, István György: Társadalmi Riport. 404-433,



https://www.tarki.hu/sites/default/files/2020-10/404_433_Sandor%20J_web_0.pdf

Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 17 million men and women (2017). The Lancet, 389(10075), 1229–1237.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5368415/>

Tarcza, Orsolya (2023): Lehet egyszerre minőségi és fenntartható az alapellátás?. Medical Online,
https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/lehet_egyszerre_minosegi_es_fenntarthato_az_alapellatas

UK Health Security Agency (2024): Official Statistics – Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in adolescents in England: 2022 to 2023,
<https://www.gov.uk/government/statistics/human-papillomavirus-hpv-vaccine-coverage-estimates-in-england-2022-to-2023/human-papillomavirus-hpv-vaccination-coverage-in-adolescents-in-england-2022-to-2023>

Varga, Júlia (2017): A felsőfokú végzettségűek foglalkozási mobilitása. MTA Doktori értekezés,
https://real-d.mtak.hu/1046/6/dc_1427_17_doktori_mu.pdf

World Health Organization (2019): Weekly epidemiological record. 94, 85-104,
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/310968/WER9408.pdf?sequence=1>



1. FÜGGELÉK: FELHASZNÁLT ADATOK

A felhasznált és nyilvánosan is elérhető adatokról melléeltünk egy Excel dokumentumot, melyet a végleges anyaggal együtt elküldtünk Józsefváros Önkormányzatának. A dokumentum a TeIR, a 2022-es népszámlálás és a KSH Statinfo adatbázisának nyilvánosan elérhető, és a kutatás szempontjából releváns adattábláit tartalmazza, továbbá a 2022-es népszámlálás nem nyilvános adataiból készített költség-bebecsléseket.

Nem oszthattuk meg viszont a Pulvita, a NEAK, a KSH Kutatószoba népszámlálási és a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Helyettes Államtitkárság „Szegregátumban élők egészségügyi ellátása” projektje során készült adatbázisait.

A Józsefvárosi Önkormányzattól (Kerékgéártó Annától, Nagy Ibolyától és Pokorny Viktóriától) megkaptuk a Covid-oltás támogatásra és a Józsefvárosi Életpályamodell keretében felújított háziiorvosi rendelőkre vonatkozó részletes információkat és a 2022-ben elindult szociális koncepció keretében megújult és kibővített pénzbeli támogatások összegeit és a támogatottak számát.



2. FÜGGELÉK: ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK

16. Táblázat – Kórházi felvételi ráták (2019)

Indikátor	1 (8SZ:HU)	2 (8:HU)	3 (8:BP)	4 (8SZ többlet)	5 (8 többlet)
Stroke miatti kórházi felvételi ráta	+7%	-11%	-5%	+3 fő	-32 fő
Alkoholos májbetegség okozta kórházi felvételi ráta	-21%	-25%	+4%	-1 fő	-7 fő
Szívinfarktus miatti kórházi felvételi ráta	-22%	+16%	+16%	-4 fő	+16 fő
Depresszió miatti kórházi felvételi ráta	+79%	+13%	+36%	+7 fő	+6 fő

1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

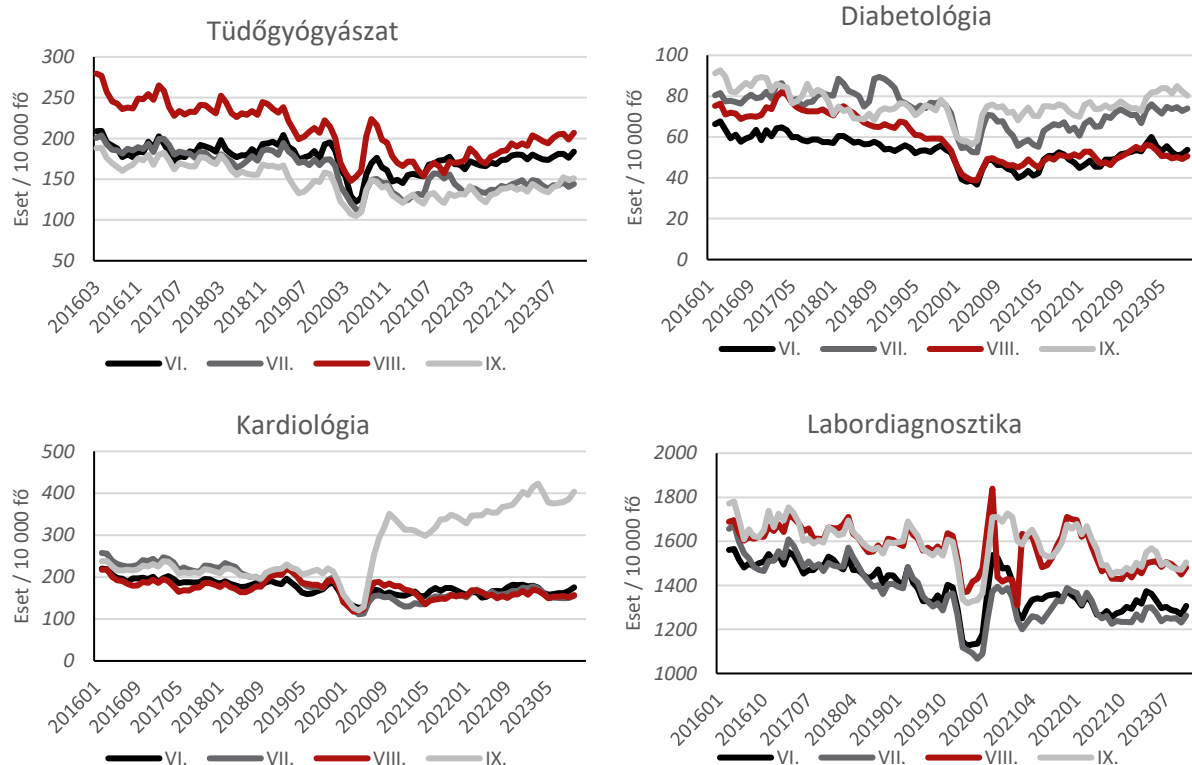
3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – Többlet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

5 – Többlet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatbázisa

16. Ábra: Szakellátási epizódok 10 000 lakosra a VI., VII., VIII. és IX. kerületekben



Forrás: PULVITA



17. Táblázat – Felnőtteknek szóló preventív szolgáltatások (szűrések, oltások) igénybevétele a VIII. Kerületben (2019)

Indikátor	1 (8SZ:HU)	2 (8:HU)	3 (8:BP)	4 (8:9)	5 (8SZ:HU többslet)	6 (8:HU többslet)
Influenza elleni védőoltásban részesülő 65 év alattiak aránya a hipertóniás, vagy diabéteszes, vagy ischaemiás szívbeteg, vagy COPD-s betegek körében	-2,1%	+11,4%	+6,35%	+10,5%	-2,5	61,2
Szűréssel kiemelt 45-65 év közötti emlődaganatos betegek aránya	-76,8%	-74,2%	65,12%	-57,6%	-3,3	-20,1

1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A teljes VIII. kerületnek a teljes IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

5 – Többslet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 – Többslet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatbázisa

18. Táblázat – Az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés

Indikátor	1 (8SZ:HU)	2 (8:HU)	3 (8:BP)	4 (8:9)	5 (8SZ többslet)	6 (8 többslet)
Járóbeteg szakellátásban háziorvosi beutalóval megjelentek aránya	-0,70%	-7,0%	-8,26%	-11,7%	-1,23	-68,94
Háziorvos-beteg találkozások száma (megelőző 12 hónap)	-18,3%	-22,3%	+6,40%	-0,9%	11342,3	77768,7
Járóbeteg szakellátás igénybevétele a CT és MRI vizsgálatok kivételével (megelőző 12 hónap, igénybe vevők száma/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak)	+5,7%	+0,3%	-0,53%	+0,5%	+389,75	+116,93
Járóbeteg szakellátás keretében igénybevett CT és MRI vizsgálatok (megelőző 12 hónap, igénybe vevők száma/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak)	+20,3%	+11,7%	+0,41%	-1,5%	+149,17	+482,69
Járóbeteg szakellátás igénybevétele a CT és MRI vizsgálatok kivételével (megelőző 12 hónap, ellátási epizódok száma/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak)	+32,6%	+20,3%	+4,47%	+8,9%	+21459,4	+74713,23
Járóbeteg szakellátás keretében igénybevett CT és MRI vizsgálatok (megelőző 12 hónap, ellátási epizódok száma/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak)	+21,6%	+13,4%	+0,83%	-2,2%	+213,06	+739,26



Járóbeteg szakellátás igénybevétele a CT és MRI vizsgálatok kivételével (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak))	+60,6%	+48,0%	+22,15%	+25,2%	+105,6 1	+466,1 8
Járóbeteg szakellátás keretében igénybevett CT és MRI vizsgálatok (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak))	+19,1%	+18,5%	-0,44%	-6,1%	+5,94	+31,89
Fekvőbeteg szakellátás igénybevétele (megelőző 12 hónap, igénybe vevők száma/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak)	+13,9%	-4,1%	+4,74%	+4,0%	+190,5 3	-317,8
Fekvőbeteg szakellátás igénybevétele (megelőző 12 hónap, ellátási epizódok száma/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak)	+18,4%	+5,8%	+11,00%	+4,8%	+400,2 8	+719,9 9
Fekvőbeteg szakellátás igénybevétele (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak))	+19,4%	+10,0%	+12,22%	+9,4%	+94,23	+279,1 5
Egészségbiztosítói gyógyszerkiadások alakulása (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak))	+29,1%	+13,4%	+10,41%	+9,1%	+133,1 4	+342,3 7
Egészségbiztosítói járóbeteg kiadások alakulása (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/igénybevevők száma))	+46,8%	+42,4%	+20,43%	+20,8%	+101,0 4	+489,3 4
Egészségbiztosítói fekvőbeteg kiadások alakulása (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/igénybevevők száma))	+6,6%	+12,3%	+6,57%	+6,3%	+35,61	+337,5 5
Egészségbiztosítói járó- és fekvőbeteg kiadások alakulása (megelőző 12 hónap, egészségbiztosítói kifizetések (millió forint/igénybevevők száma))	+23,1%	+19,4%	+15,48%	+13,3%	+168,0 9	+767,3 9

1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A teljes VIII. kerületnek a teljes IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

5 – Többslet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 – Többslet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatbázisa



19. Táblázat – A nagy népbetegségek ellátásához való hozzáférés a gyógyszerfogyasztás alapján (2019)

Indikátor	1 (8SZ:HU)	2 (8:HU)	3 (8:BP)	4 (8:9)	5 (8SZ többslet)	6 (8 többslet)
Gyógyszerfelírás - Tápcsatorna és anyagcsere (ATC A)	+2,2%	-11,2%	+8,94%	+8,8%	+126,57	-3752,44
Gyógyszerkiváltás - Tápcsatorna és anyagcsere (ATC A)	-8,1%	-16,6%	+14,72 %	+11,1%	-301,74	-3563,51
Gyógyszerfelírás - Kardiovaszkuláris rendszer (ATC C)	-9,7%	-18,9%	+0,68%	-1,6%	-1465,56	-16819,4
Gyógyszerkiváltás - Kardiovaszkuláris rendszer (ATC C)	-17,9%	-21,2%	+8,95%	+5,3%	-1410,8	-9804,5
Gyógyszerfelírás - Váz- és izomrendszer (ATC M)	+3,7%	-15,1%	+16,83 %	+6,0%	+91,52	-2094,6
Gyógyszerkiváltás - Váz- és izomrendszer (ATC M)	-6,5%	-21,5%	+21,07 %	+8,1%	-110,45	-1993,97
Gyógyszerfelírás - Idegrendszer (ATC N)	-21,0%	-32,9%	+12,86 %	+18,1%	-381,76	-3467,43
Gyógyszerkiváltás - Idegrendszer (ATC N)	-27,9%	-37,8%	+20,99 %	+21,7%	-334,86	-2619,15
Gyógyszerfelírás - Légzőrendszer (ATC R)	+6,3%	-15,4%	+24,13 %	+2,4%	+108,34	-1424,9
Gyógyszerkiváltás - Légzőrendszer (ATC R)	-4,0%	-21,8%	+27,41 %	+1,6%	-43,74	-1270,39

1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A teljes VIII. kerületnek a teljes IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

5 – Többslet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 – Többslet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatbázisa



20. Táblázat – Ellátásminőség a nagy népbetegségekben (2019)

Indikátor	1 (8SZ:HU)	2 (8:HU)	3 (8:BP)	4 (8:9)	5 (8SZ többslet)	6 (8 többslet)
Szérum kreatininszint meghatározáson részt vett hipertóniás betegek aránya	+4,3%	+4,3%	-1,22%	-2,5%	72,05	407,02
Vérzsír vizsgálaton részt vett cukorbeteg és/vagy hipertóniás betegek aránya	+4,4%	+5,5%	-3,33%	-6,0%	69,15	485,63
Ischaemiás szívbetegek közül a rendszeresen béta-blokkolót szedők aránya	-1,7%	-5,5%	-0,85%	+7,3%	-2,51	-41,84
Haemoglobin A1c vizsgálaton részt vett cukorbeteg aránya	+1,5%	+0,4%	-2,62%	-5,7%	8,01	11,3
Szemészeti vizsgálaton részt vett cukorbeteg aránya	+4,0%	+9,1%	-7,09%	-10,1%	9,75	108,23
Légzésfunkciós vizsgálaton részt vett COPD-s betegek aránya	+4,5%	+2,7%	-1,13%	+4,3%	13,49	32,7
Cukorbetegség miatti végtag amputáció gyakorisága	-43,8%	-28,0%	-1,73%	+106,4%	-0,78	-2,33

1 – A VIII. kerületek szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A teljes VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A teljes VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A teljes VIII. kerületnek a teljes IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

5 – Többslet (+) vagy hiány (-) a VIII. kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján (fő)

6 – Többslet (+) vagy hiány (-) a teljes VIII. kerületben, az országos értékek alapján (fő)

Forrás: "Szegregátumban élők egészségügyi ellátása" projekt adatbázisa



21. Táblázat – Reproductív egészség (2019, 2020)

Indikátor	1 (8SZ:HU)	2 (8:HU)	3 (8:BP)	4 (8:9)	5 (8SZ többslet)	6 (8 többslet)
Intrauterin fogamzásgátló készítményt kiváltók aránya (15-49 éves nők)*	-30,31	-33,93	-27,8093	10,62	-0,87	-5,65
Intravaginális fogamzásgátló készítményt kiváltók aránya (15-49 éves nők)*	29,09	2,91	-27,4126	-31,39	3,38	1,92
Fiatalkori és serdülőkori terhességek aránya	282,17	38,89	313,67	n.a.	4,43	2,24
Terhességmegszakításon átesett 18 évnél fiatalabb nők aránya	148,45	87,07	169,02	28,15	2,39	5,12
Várandósgondozáson megjelent szült anyák aránya (legalább 1 alkalom, 15-49 éves nők)	0,67	-0,10	0,52	0,53	0,82	-0,51
Rendszeres várandósgondozáson megjelentek szült anyák aránya (legalább 4 alkalom, 15-49 éves nők)	6,69	-2,92	11,82	10,47	7,02	-12,13
Koraszülöttek aránya	-46,81	-4,64	5,01	4,90	-2,64	-1,07
Fejlődési rendellenességgel születettek aránya (Szűrések alkalmával észrevehető és a születés után diagnosztizálható)	-31,51	-82,76	-43,48	-11,72	-0,46	-4,80
Alacsony születési súlyú koraszülöttek aránya (1000-1499 gramm)	25,00	16,62	35,78	-27,46	0,20	0,57
Alacsony születési súlyú koraszülöttek aránya (1500-1999 gramm)	2,56	33,66	51,47	146,60	0,05	2,77
Alacsony születési súlyú koraszülöttek aránya (2000-2499 gramm)	24,03	32,71	46,48	142,97	1,55	8,38

* 2020-as adatok

1 – A VIII. kerület szegregátumainak az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

2 – A VIII. kerületnek az országos értékekhez képesti értéke (különbség %-ban)

3 – A VIII. kerületnek Budapesthez képesti értéke (különbség %-ban)

4 – A VIII. kerületnek IX. kerülethez képesti értéke (különbség %-ban)

5 – Többslet (vagy, negatív szám esetén, „hiány”) a VIII. kerületek szegregátumaiban, az országoshoz képest

6 – Többslet (vagy, negatív szám esetén, „hiány”) a nyolcadik kerületben, az országoshoz képest

Forrás: „Szegregátumban élők egészségügyi ellátása” projekt adatbázisa



3. FÜGGELÉK: INTERJÚK LISTÁJA ÉS ÖSSZEFOGLALÓJA

Háziorvosi és szakorvosi interjúk

A projekt során 6 józsefvárosi, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, 2 a kerületben dolgozó, de nem az önkormányzathoz tartozó és 2 nem a kerületben dolgozó háziorvossal, valamint a JEK-ből 2 szakorvossal készítettünk interjút, akiket a következőkről kérdeztünk:

- Milyen tapasztalataik vannak az indikátorrendszerről?
- Mi jellemzi a praxisaikat (hány betegük van, milyen szociális összetétel jellemzi őket stb.)?
- Hogyan viszonyulnak a TAJ-jal nem rendelkező betegekhez?
- Milyen fő problémáik, nehézségeik vannak nekik az ellátás során? (kapacitási, adminisztrációs, infrastrukturális nehézségek stb.)
- Milyen problémákat tapasztalnak a betegek oldaláról? (drágállják-e a javasolt gyógyszereket, szakrendelésen, szűréseken való részvétel stb.)
- Mi a véleményük a Szűrőszombatokról és az Egészségnapokról?
- Mely oltásokat szokták ajánlani a betegeknek, melyeket ajánlanák, ha ingyenesen igénybe vehetők lennének?
- Mi a véleményük a célzott CCT-ről?
- Milyen a kapcsolatuk a kerületi önkormányzattal, az adott kerületi járóbetegellátó központtal (ha van) és az egyéb szociális szervezetekkel?
- Mit javasolnak az alapellátás fejlesztés területén az önkormányzatnak?

Az indikátorrendszerrel kapcsolatban az orvosok azt tartották a legfőbb problémának, hogy a mért indikátorok és kimeneti mutatók nem érzékenyek a praxisok összetételére, nem a valódi teljesítményt mérik, mert olyan indikátorok is számítanak, amik nem függenek szorosan az orvosok munkájától és hogy a pontot érő gyógyszerek nem tudják tartani a lépést a gyógyszergyártás rendkívül gyors fejlődésével.

A józsefvárosi praxisok száma az interjúk alapján 1000-1200 fő körül mozog, egyetlen háziorvos említett ettől eltérő számot, ő azt mondta körülbelül 1900 kártyája van. Minden praxis esetében azt találtuk, hogy 1% körül van azok aránya, akik nem rendelkeznek érvényes TAJ számmal. A praxisok összetétele szempontjából ugyanakkor jelentősek az eltérések: Józsefváros szegényebb negyedeiben a páciéntúra szociális összetétel tekintetében is hátrányosabb helyzetű, míg például a Palotanegyedben a háziorvosokhoz tartozó betegek jelentős része magas státuszúnak számít.

Nem volt egységes gyakorlat arra, hogy kik látják el a TAJ-jal nem rendelkező betegeket és kik nem. Még az egy rendelőben rendelő, egymással szoros kapcsolatban álló háziorvosok esetében is eltérő gyakorlatot találtunk.

A fő problémák, amiket a háziorvosok a saját munkavégzésük kapcsán említettek a következők voltak:

- Kisméretű rendelő helyiségek, ahol az asszisztens és az orvos egymáshoz közel ülnek, ami nehezíti mindkét szereplő oldaláról a megfelelő munkavégzést.
- Gyakran nem működő vagy nem jól működő telefonok (többen említették például, hogy fontos lenne, hogy a rendelők hordozható, vezeték nélküli telefonokkal legyenek felszerelve).
- A JEK hosszú várólistái és a kevés szakorvos a kerületi háziorvosok munkáját is hátráltatja. Többen említették, hogy egyes laboreredményekre hónapokat kell várniuk.
- A JEK-ben a szakorvosi munkavégzést a nem megfelelő szervezettség is hátráltatja: Az egyik interjúalanyunk szerint „túl sok beteget engednek be a váróba, akik türelmetlenek és kopogással



gyakran megszakítják a közben folyamatban lévő szűréseket.” Mások azt említették, hogy a JEK szakorvosi fizetései alacsonyabbak, mint más budapesti kerületekben, ami nem teszi vonzóvá a munkahelyet. Mások szerint a fizetések szintje megfelelő a szakorvosoknál.

A betegek oldaláról a háziorvosok a drága gyógyszereket, a szakrendelések hosszú várólistáit (különösen a diabetológián, kardiológián és urológián) és a nem megfelelő életmódból fakadó egészségügyi problémákat említették mint fő nehézségeket.

A kerületi Szűrőszombatokról és Egészségnapokról azt mondták, hogy a nem kellően aktív kommunikáció és hirdetés miatt az események nem jutnak el megfelelő időben és széles körben az egyénekhez, különös tekintettel a hátrányos helyzetű lakosok esetében. Úgy látják, hogy nem mennek sokan a szűrésekre, és többen említették, hogy nem pár órára, hanem egész napra kellene meghirdetni őket. Ugyanakkor azt is hozzátették, hogy ha nincs, aki a szűrések után megfelelő időben ellátja a betegeket, akkor nincs értelme növelni ezeket a szűrőkapacitásokat.

Az orvosok nagyrésze az influenza oltást ajánlja, elsősorban az idősebb betegek számára. Az időskori pneumococcus-oltás beadását többen nagyon jónak tartják, ugyanakkor magas ára miatt nem igazán szokták ajánlani a betegeknek. Egy erre irányuló önkormányzati támogatást többen nagyon üdvözlénnék. A pneumococcus mellett a HPV oltás támogatását hangsúlyozták többen, kiterjesztve azt a fiatal férfiakra is.

Egy célzottan a hátrányos helyzetűekre fókuszáló CCT program bevezetésével kapcsolatban elutasítóak voltak az orvosok, de az indikátorrendszer így feltételezhetően leromló mutatóit ellensúlyozó pénzületi ösztönzőket jó ötletnek tartották.

A kerületi háziorvosok az Önkormányzattal való kapcsolatukat passzívnak írták le, kiemelték, hogy nincsenek rendszeres találkozók a két fél között, és például az újonnan bevezetett önkormányzati szociális támogatásokról sincsenek informálva. Többen elmondták pedig, hogy ezeket szívesen ajánlanák betegeknek is. A háziorvosokkal ellentétben a szakorvosok (JEK) és a kerületben dolgozó egyéb orvosok (BMSzKI és SOTE) aktív és jó kapcsolatról számoltak be. A háziorvosok a JEK és a köztük fennálló kapcsolattartást különféleképpen ítélték meg: volt, aki aktív és jó kapcsolatként, de a többség inkább rossz együttműködésről számolt be.

Javaslatként megfogalmazták, hogy az önkormányzat biztosíthatna egy plusz asszisztent vagy ápolót egy külön helyiségben a rendelőkben, akinek első sorban az időpontegyeztetések, csupán a legalapvetőbb egészségügyi kompetenciát igénylő kérdések kezelése lenne a feladata. Egy VII. kerületi háziorvos e feladat elvégzésére az Erodium szoftvert használja, ami elmondása szerint a „legnagyobb segítség a rendelőkben”. A szoftvert a kerületben egy háziorvos sem használja, és bár ugyan pozitívan nyilatkoztak róla, mindegyikük elmondta, hogy magas ára miatt nem tudják megfinanszírozni. Többen kiemelték, hogy hasznos lenne, ha külön helyiség állna rendelkezésre az asszisztensek, és külön a háziorvosok számára, és hogy a rendelőkben érdemes lenne a vezetékes telefonokat vezeték nélküliekre cserélni.

Szorgalmazták a Szűrőszombatok célzott és több kommunikációját, és azt is, hogy ezek eredményeit (hányan mentek el és mely szűrésekre, hány szűrést végeztek stb.) honlapján rendszeresen tegye közzé a JEK. Többen említették, hogy jó lenne, ha az önkormányzat az elfogadott szociális vagy egészségügyi intézkedéseit részletesen kommunikálná emailben az orvosok felé, ugyanis jelenleg nincsenek ezekkel tisztában. Két orvos felhívta a figyelmet arra is, hogy régebben minden lakóházban egy papírcetlin látható volt az adott épülethez tartozó területileg kirendelt háziorvos neve, telefonszáma és címe. Megjegyezték, hogy ezeket a papírosokat érdemes lenne frissíteni és pótolni, ahol hiányzik.



Egy orvos javasolta azt is, hogy az őket megillető, kiegészítő pénzbeli juttatások egy részét deklarált módon az asszisztensek kapják a háziorvos helyett, ugyanis ők az elmúlt évek bérkiegyenlítései ellenére, továbbra is alulfizetettek. Érkezett javaslat arra is, hogy a háziorvosok kötelező továbbképzései között az önkormányzat a SOTE-val közösen hirdessen meg kifejezetten a józsefvárosi demográfiai és egészségügyi jellemzőkre és az ezek kezelésére hangsúlyt fektető képzést.

Egészségügyi szakértői interjúk

Workshopot tartottunk a [Társadalmi Felzárkózásért Felelős Helyettes Államtitkárság „Szegregátumban élők egészségügyi ellátása” projektjének](#) szakértőjével, Sándor Jánossal, aki ismertette a Program 150 egészségügyi indikátorának Józsefváros, - és Józsefváros szegregátum-specifikus jellemzőit. Az elemzésben látható adatok és ábrák jelentős része e workshopnak és az adatbázisnak köszönhetően jöhetett létre.

Önkormányzati interjúk

A projekt során folyamatos és aktív kapcsolatban álltunk az egészségügyért is felelős Humán Főosztály vezetőjével, Pokornyi Viktóriával és folyamatosan tartottuk a kapcsolatot a Vagyongazdálkodási Irodával Kerékyártó Annán keresztül. Ahhoz, hogy a szociális és pénzbeli támogatások operatív működését és a korábbi Covid-oltás támogatás lebonyolításának részleteit megértsük, készítettünk egy interjút az Önkormányzat Családtámogatási Irodájának vezetőjével, Nagy Ibolyával. Tekintettel arra, hogy bármely egészségügyi program kidolgozása és bevezetése esetén különös figyelmet kell fordítani a józsefvárosi roma népességre, beszéltünk az Önkormányzat romaügyi referensével, Gályás Évával.

Egyéb interjúk

Egy átfogó egészségügyi programból kihagyhatatlan a várandós, - és csecsemőgondozás területe, így fontos volt felvennünk a kapcsolatot a kerületben működő védőnői hálózattal. A kerület hátrányos helyzetű részein tevékenykedő védőnőtől megtudtuk, hogy Józsefvárosban egy védőnőre átlagosan 190-200 kismama és család jut, hogy a lakáskörülmények az elmúlt 20 év során rengeteget javultak, de továbbra is problémát okoznak a túlságosan vizesedő és ezért penészedő lakások. Kiemelte, hogy erre a páratlanító, páraelszívó szerkezetek jó megoldást jelenthetnek. Kitért arra is, hogy nagyon fontos lenne a fiatal nők és férfiak megfelelő felvilágosítása és informálása a teherbeeséssel, gyermekneveléssel stb. kapcsolatban, kiegészítve azt a fogamzásgátló használatról szóló tájékoztatással. Hozzátette, hogy ezt a feladatot az iskolai védőnők nagyon jól el tudnák látni. Szorgalmazta a fogamzásgátló tabletták ingyenessé tételét is, de ezzel kapcsolatban is hangsúlyozta, hogy azt felvilágosításnak is mindenképpen kísélnie kell. Kitért arra is, hogy különösen a hátrányos helyzetű családok esetében, jelentős problémát jelent a kismamák dohányzása és az egészséges táplálkozással kapcsolatos információhiány. A gyermekek rota-vírus oltásának önkormányzati támogatását jó ötletnek tartotta, a kullancsencephalitis oltás ingyenessé tételét viszont nem támogatta, arra hivatkozva, hogy az a jóval elterjedtebb Lyme-kór ellen nem véd, így a „gyerekeket amúgy is alaposan át kell nézni az erdőben töltött órák után.” Pozitívan értékelte az óvodákban és iskolákban működő gyümölcs programokat.

Készítettünk interjút egy, a kerületi orvosi rendelőkben szolgáló biztonsági őrrrel is, akit elsősorban a rendelőkben megforduló páciensek összetételéről, problémáiról, panaszairól kérdeztük. Beszélgetésünk során elmondta, hogy a rendelőkben nagyrészt idős hölgyek szoktak várakozni, akik gyakran panaszkodnak a JEK hosszú várólistáiról és a felírt gyógyszerek magas áráról. Ő is kiemelte, hogy úgy látja, hogy a háziorvosok és asszisztensek igen túlterheltek, ezért nagy segítséget jelentene számukra egy-egy új ápoló vagy asszisztens rendelőnként, aki egy külön helyiségben az időpontegyeztetésekkel és



legalapvetőbb egészségügyi kompetenciát igénylő kérdésekkel foglalkozna.



4. FÜGGELÉK: FÓKUSZCSOPORTOK ÖSSZEFOGLALÓJA

Az itt közölt összefoglalót Bernáth Gábor készítette.

Vezetői összefoglaló

2024 januárjában összesen öt fókuszcsoporthoz szerveztünk negyven évnél idősebb józsefvárosiak körében az egészségükről, egészségügyről. 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 háziorvosuk, illetve a szakrendelő kapcsán.
- Külön blokkot szenteltünk annak, hogy beszélgetőtársaink milyen eszközökkel ösztönöznék, hogy a józsefvárosiak többet törődjenek egészségükkel, és ehhez milyen fejlesztésekre volna szükség.

A **csoportokban** igyekeztünk az alacsonyabb társadalmi státuszú csoportokat felülreprezentálni. Az egyes csoportok: (1) a Magdolna és Orczy negyed önkormányzati lakásbérleti; (2) a kerület nyugdíjas klubjaiból verbuvált csoport a Mávag-Kolóniától a Tisztviselőtelep lakóiig; (3) a Magyar Evangéliumi Testvérközösség Máv-telepi iskolájának szülői-nagyszülői, többségében erdélyi roma vendégmunkások; (4) közterületfelügyelők/ biztonsági őrök; (5) az önkormányzat alkalmazásában (is) álló takarítók.

Beszélgetőtársaink a csoportok többségében arról számoltak be, hogy **az ismerőseik**, szomszédjaik próbálnak, ha nem is rendszeresen tenni valamit az egészségükért, ugyanakkor konkrétumok nem nagyon hangzottak el.

Arra kérdésre, hogy mik lehetnek az **okai** annak, hogy Józsefvárosban jelentősen alacsonyabb a várható átlagéletkor, mint Budapest második kerületében, a válaszok minden csoportban azt mutatták: a résztvevők túlnyomórészt tisztában voltak egy ilyen kérdés komplexitásával, maguktól több tényezőt is felsoroltak a szegénységtől a magas légszennyezettségen át a házak és utcák egy részének állapotáig.

A beszélgetéseken elmondott egyéni egészségőrzési stratégiák a tudatosabb táplálkozástól a rendszeres mozgásig terjedtek, ugyanakkor a csoportokban – a nyugdíjas csoport kivételével -- jellemző volt a túlsúlyosság, a dohányzás, a túlnyomó többség nem számolt be rendszeres mozgásról, és többen magas egészségügyi kockázattal járó munkát kénytelenek vállalni (ld. később.)

A csoportokban – a nyugdíjas csoport kivételével -- alig valaki vett fel influenza elleni oltást, és COVIDot is nagyon kevesen (kivéve azokat, akiknek kötelező volt).

A beszélgetéseken azt a kérdést is feltettük, hogy szoktak-e elmenni **kivizsgálásra** akkor is, ha nincs panaszuk. A kérdésre adott válaszok értelmzésénél fontos figyelembe venni, hogy a beszélgetéseken részt vevők legalább fele – még az aktív korúak csoportjaiban is – 40 év felett már valamilyen krónikus betegségben szenvedett – ami, ha nem másért, a receptek felírása miatt – már együtt jár valamiféle folyamatos kapcsolattal az orvosokkal, akik olykor további vizsgálatokra is elküldik őket. Ugyanakkor a kérdés alkalmat teremtett arra is, hogy a kerület szűrőszombat kampányának megítéléséről gyűjtsünk információkat. Ez alapján a szűrőszombatokat mindenhol pozitívan ítélték meg, ugyanakkor a résztvevők nagyjából feléhez nem jutott el az ezzel kapcsolatos információ (és beszélgetőtársaink kevesebb, mint negyede vett azokon részt).

A beszélgetéseken a legtöbb kritika a szakrendelők járóbeteg ellátását elsősorban a **hosszú várólistákat**



vetette fel, amelyek kapcsán többen változatos kerülőutakat alkalmaznak (például inkább sorakoznak órákon át a sürgősségi osztályokon, hogy kiváltsák a nagyon hosszú várólistán elérhető diagnosztikai szolgáltatásokat), és aki megteheti, magánszolgáltatást vesz igénybe -- az összesen 36 résztvevő közül 8-an kényszerültek erre az elmúlt időszakban.

A csoportokban azt is megkérdeztük, hogy előfordult-e, hogy az orvos küldte volna őket valamilyen vizsgálatra, és valamilyen okból **nem mentek el**, illetve előfordult-e, hogy felírt valamilyen gyógyszert, és azt **nem váltották ki**, nem szedték be. A válaszok alapján két csoport kiemelt egészségügyi kockázatok között él:

- a részben önkormányzati alkalmazásban álló örök és takarítók csoportjában szinte általános volt, hogy a táppénzszabályok módosítása miatt olykor a szükséges vizsgálatokra sem mennek el, táppénz helyett sokan a fizetett szabadságot választják, és lábadozásuk alatt is dolgoznak, hogy ne veszítsenek pénzt; másfelől
- mindazok, akik nem bejelentett munkával keresik a kenyerüket, (köztük a kerületben élő külföldiek egy része – mi velük találkoztunk a csoportokban) a fekete- vagy szürke gazdaságban munkát vállalva TB nélkül marad, így biztosítás híján az utolsóig kerülnek az egészségügyet. Ez változatos gyakorlatokat eredményez: a külföldről, illetve a feketepiacon vásárolt gyógyszerektől az előírt vizsgálatoktól való távolmaradásig.

A **gyógyszerek** kapcsán – a második, nyugdíjas csoport kivételével -- a problémák sokaságát sorolták a beszélgetőtársaink: a felírt, de nem beszerezhető gyógyszerektől kezdve egészen odáig, hogy orvosi vizsgálat nélkül, mert a háziorvosukhoz sincs idejük elmenni, a gyógyszerérti személyzettel „megszakértve”, azok javaslatai alapján vesznek gyógyszert – nyilván kisebb hatóanyag tartalommal, és nem biztos, hogy a valós betegségeikre.

A beszélgetések kitértek a **házi orvosokkal és asszisztenseikkel** kapcsolatos véleményükre is. Beszélgetőtársaink szélsőséges különbségekről számoltak be a háziorvosok kapcsán: míg a résztvevők többsége elégedett, mások megrázó történeteit mesélték a közönynek és a cinizmusnak. Általános vélemény volt ugyanakkor, hogy COVID óta az orvos-beteg találkozások száma is csökkent, és hogy sok orvos vizsgálat nélkül, a gyógyszerek felírására és az adminisztráció elvégzésére szorítkozik. Asszisztenseikkel alapvetően szintén elégedettek voltak, kritikák a szakrendelő egyes asszisztenseivel kapcsolatban fogalmazódtak meg.

A beszélgetések vége felé feltettük a kérdést: mit csinálnának, ha Önök lennének a Józsefvárosi Egészségügyi Minisztérium? Mit tennének, ha az lenne a feladatuk, hogy az emberek egészségesebbek legyenek, időben orvoshoz forduljanak, betartsák az előírásokat? A csoportokban mind az **ötletek/javaslatok**, mint pedig az ösztönzők kapcsán sokfajta vélemény hangzott el: a finanszírozási kérdésektől az ügyintézés elektronikus megkönnyítésén át a diagnosztikai kapacitás fejlesztésén át egy nyilvános véleményezési rendszerig vagy egy erőteljesebb jelenlétig a nyilvános térben.

Arra a kérdésre, hogy **mi ösztönözné** leginkább az embereket, szintén nagymértékben, a fizetési ösztönzőktől a kötelezővé tételig szórta a vélemények, és általában viták alakultak ki. A kötelezővé tétel hívei kisebbségbe szorultak a viták során, de -- egyetlen csoport kivételével -- ugyanígy jártak azok is, akik elképzelhetőnek tartották, hogy valaki készpénzzel vagy utalvánnyal támogassa azokat, akik rendszeresen járnak szűrésre, egyéb vizsgálatokra. Többen a hatékonyság (volnának, aki pénzért esetén sem mennének el), mások az igazságosság és érdemesség kapcsán („Mert mitől szegény a szegény?”) fogalmaztak meg kételyeket. Két csoportban is piaci alapú igazolásokat hoztak egy ilyen rendszer mellett (a vérplazma-adást és a gyógyszerkísérleteket). Fontos aggályra hívták fel a figyelmet azok, akik szerint a támogatott szűrés program tovább nyújtana a várólistákat: ha a panaszmentes emberek is vizsgálatnák magukat az elérhető támogatásért, még nehezebben jutnának a vizsgálatokhoz azok, akiknek valóban szükségük van rá.



A kutatás összefoglalója

2024 januárjában összesen öt fókuszcsoporthoz szerveztünk negyven évnél idősebb józsefvárosiak körében az egészségükről, egészségügyről. A beszélgetések egyaránt 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 háziorvosuk,³² illetve a szakrendelő kapcsán.

Külön blokkot szenteltünk annak, hogy beszélgetőtársaink milyen eszközökkel ösztönöznék, hogy a józsefvárosiak többet törődjenek egészségükkel, és ehhez milyen fejlesztésekre volna szükség.

A csoportok

Az öt beszélgetés megszervezése során a fókuszcsoporthoz tartozó kutatás alapelvei mellett (ne legyenek a résztvevők hierarchikus viszonyban; a téma szempontjából véletlenszerű legyen a csoportok összetétele (ha ismerik is egymást, annak közvetve se legyen kapcsolata az egészségüggyel, vagy az egészséges életmóddal); közel egyenlő arányban legyenek férfiak és nők a csoportokban) két további szempontot is érvényesítettünk: igyekeztünk a kerület lokális sokszínűségét reprezentálni, ugyanakkor az alacsonyabb társadalmi státuszú csoportokat felülreprezentálni. A beszélgetésekről egy kivételével (itt nem járultak hozzá a hangfelvétel készítéséhez) hangfelvétel, és jegyzőkönyvek készültek.³³ Ez egyes válaszok feldolgozásánál külön jelöltük, hogy az adott vélemény melyik csoportban hangzott el, és ahol ez lényeges volt, a véleményváltozások dinamikáját is próbáltuk rögzíteni. A szó szerinti idézeteket kurzívával jelöltük, ha szükséges volt a beszélgetésvezető kérdésére is kitérni, azt nem kurzíváltuk.

1. az első csoportban a Magdolna és Orczy negyed önkormányzati lakásbérleti, és azok szomszédai (ketten a Diószegi, hárman a Dankó, ketten a Lujza, és egy résztvevő a Futó utcából) vettek részt, 3 nő és 5 férfi, mindannyian munkavállalók. Itt volt egy kerekesszékes beszélgetőpartnerünk, aki bőségesen adott visszajelzést a rendelőintézetek akadálymentes elérhetőségéről, de miután ez nem tartozott a kutatás fő fókuszába, végül lábjegyzetben³⁴ közöljük.

2. a második csoportba a kerület nyugdíjas klubjaiból érkeztek a beszélgetőpartnerek – itt 11 nyugdíjas korú résztvevővel, 8 nővel és 3 férfival beszélgettünk. Lakóhelyük szerint voltak, akik a tisztviselőtelep kertés házaspár vezetésében, ugyanakkor a csoport több mint fele a Delej-Vajda Péter utcai ún. Mávag-Kolónia lakásaiban (itt önmagában 3000 ember lakik, sok albérleti és külföldi, ám a régi lakók közül is sokan maradtak), vagy a Sárkány utca valamely, felújításra váró házában él. Ez a csoport – mivel valamely nyugdíjas klub tagjai – abban mindenképp különbözik az „átlagos” nyugdíjasoktól, hogy kisebb mértékű izolációban él.

³² A résztvevőket a beszélgetés végén arra is megkértük, hogy a kerületi háziorvos listán jelöljék be a saját orvosukat. Ez alapján a csoportok jó szórást mutattak: annak ellenére, hogy ez nem volt kiválasztási szempont, a válaszok alapján azon beszélgetőtársaink, akik a kerületben járnak háziorvoshoz (28-an) összesen 12 háziorvos páciensei. (8 résztvevőnek nem a kerületben volt, vagy nem volt háziorvosa a beszélgetések idején.)

³³ A csoportok jó részének megszervezésében Horváth Henriett nyújtott nagy segítséget és a jegyzőkönyveket is ő vezette.

³⁴ „Hogyan jutunk be a kórházba, egy adott vizsgálóba – nem működik a lift, nem tudják, hogyan kell kezelni, hogyan lehet segíteni, satöbbi. (...) Nincsen mozgássérült mosdó, (...) Minden nap több kerekesszékes jár oda. (...) Pedig lehetne olyan emberekhez, olyan szervezetekhez fordulni, akik tudnak [ebben] segíteni.” – hangzott el a beszélgetésen.



3. a harmadik csoport a Magyar Evangéliumi Testvérközösség Máv-telepi iskolájának szülői-nagyszülői köréből verbuválódott. Azért is választottuk ezt a helyszínt egy külön beszélgetésre, mert az itt oktatott tanulók családjainak gyakori krízishelyzete indokolta, hogy a legelesettebb józsefvárosiak is reprezentálva legyenek a csoportokban – adott esetben olyanok is, akik éppen peremhelyzetük miatt – gyakran kimaradnak a kutatásokból. A beszélgetésre végül négyen (két férfi és két nő) jöttek el – közülük hárman évek óta Budapesten élő erdélyi roma vendégmunkások. Ők albérlők a János Pál pápa téren, a Nagyfuvaros, illetve a Magdolna utcában, egy résztvevő pedig a családjával egy Illés utca egyik önkormányzati bérlakásában él.

4. A negyedik beszélgetésen 9-en (7 férfi és 2 nő) vettek részt, mindannyian közterületfelügyelők, vagy biztonsági őrök valamely önkormányzati intézménynél. Túlnyomórészt a középső Józsefváros lakói: többen a panelekből (Práter, Szigony utca), mások a Tömő, a Baross, a Lujza utca, a Kálvária tér, Dobozi, Szerdahelyi, Tavaszmező utcákból. Ketten közülük a személyesen jóval szélesebb kör tapasztalatairól is be tudtak számolni: egyikük a családtámogatási iroda, egy másik az egyik rendelőintézet őraként is mesélt.

5. az ötödik csoportban négy, az önkormányzat alkalmazásában álló takarítóval találkoztunk – mindannyian nők, a József, a Leonardo, a Korányi és a Rigó utcák lakói. Ketten albérletben élnek, ketten házmesterek. Mindannyian két munkahelyen dolgoznak.

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 beszélgetéseken elhangzottak

1.1. A környezet véleménye

A felvezető/bemutatózó kérdésben a résztvevőket arra kértük, meséljenek arról: a környezetükben mennyit foglalkoznak az emberek az egészségmegővzés kérdésével, illetve ők maguk mivel próbálják az egészségüket megtartani. (Az első kérdéstől vártunk őszintébb válaszokat – egy ilyen helyzetben nyilván mindenki igyekszik a legjobb arcát mutatni.) Az első felvetésnek elsősorban jégtörő funkciója volt (a kérdésre a beszélgetés több pontján visszatérünk még), a válaszok azonban alkalmasak voltak annak felmérésére, hogy milyen közhangulatot érzékelnek egy ilyen kérdésben.

A legtöbb csoportban arról számoltak be, hogy az ismerőseik, szomszédjaik próbálnak, ha nem is rendszeresen tenni valamit az egészségükért, ugyanakkor konkrétumok nem nagyon hangzottak el. Más csoportokban a válaszok arra utaltak, hogy egyébként sem zajlanak beszélgetések például a szomszédok között „sötétben jövök, sötétben megyek”. (5)

Az **első csoportban** többen azt mondták, hogy nem igazán foglalkoznak a szomszédjaik, ismerőseik ezzel a kérdéssel, ám hamar előjött az egészséges életmód anyagi vonzata:

„-- a mai világban azért elég kevés az az ember, aki 70-80 ezret tud fejenként befizetni.
-- Azt mondd, hogy legalább plusz 70-80 ezer forint lenne az havonta, hogy egészségesen étkezzon az ember? Vagy ez a 70-80 ezer másra is menne?
- Nem, ez csak az étkezés.” – mondta valaki. A többség egyetértett ezzel az állítással. A csoport hangulatát ebben a kérdésben talán ez a két válasz adta leginkább vissza: „nálunk senki nem egy élsportoló. (...) Senki nem szaladgál a sportpályára, de úgy mindenki ad magára.” – mondta egyik beszélgetőtársunk a Dankó utcából. Míg egy másik: „[Nálunk] mindenkinek vannak egészségügyi gondjai a szomszédok közül. Sokan semmivel sem foglalkoznak, nem csak az egészségükkel.

A **negyedik csoport** számolt be a legnegatívabb véleményklímáról, és ez volt a legkritikusabb is az egészségügy helyzete kapcsán: „Az egészségüggyel nem vagyok megelégedve egyáltalán, és a környezetemben lévők sincsenek megelégedve, és az a több száz ember, aki bejön [a családtámogatási osztályra], ügyfél sincs megelégedve (...), mindenki csak panaszkodik.



- És miket mondanak?

- *Hát van olyan most, akinek a férje bekerült a kórházba, rá két hétre meghalt, és egy egyszerű sebkezeléssel ment be. Például. Akkor van, akinek a felesége cukorbeteg volt, fölment a cukorszintje, bevitték a Péterfybe, egy hét múlva meghalt. Rengeteg ilyen halálesetet mondanak, nagyon sokat. (...) Nem tudok jól mondani. Én egy év múlva kaptam a diabetikushoz időpontot, egy évig haljon meg az ember, szóval az tök mindegy, hogy ki mit csinál, meg hogy csinálja, és se a háziorvossal, se asszisztensével, se annak az asszisztensével, senkivel nem vagyok megelégedve.”*

Egy másik résztvevő, aki az egyik rendelőintézetben is dolgozott őrként, azt mesélte: „Az az általános, hogy (az emberek) nagyon nincsenek megelégedve magával a környezettel, az ellátással, a hozzáállással, a viselkedéssel. Viselkedési problémák is vannak orvosok közt, ápolók közt, asszisztensek közt is, nagyon-nagyon sok. Én voltam a Kálvária téri rendelőben, és a néni előttem kapott infarktust, mert az egyik ápolónő kidobatta velem. Azzal jött be, hogy rosszul van. Én megmondtam, hogy hát kéne fogadni, és minden szarságra hivatkoztak, és ott én hívtam a mentőt ki. Szóval ez nonszensz szerintem. Még azután is, hogy rosszul volt, hiába szóltam.”

1.2. Személyes egészségmegőrzési stratégiák

1.2.1 Étkezés

A kérdésekre a legoldottabb résztvevők hamar **személyes válaszokat** adtak: „*nekem eleve olyan edényeim vannak, nagyon kevés zsiradékot használok, és ezekben megmarad a vitamin, ásványi anyag, sótartalma az élelmiszereknek, tehát kevesebb sót használok, kevesebb zsiradékot*”; -- mondta az egyikük az **első** csoportban.

A zsiradékok kerülése a főként férfiakkól álló **negyedik csoportban** került hangsúlyosan elő, és itt alakult ki a hőlégfűvós technikával (air-fryer) való főzésről is a leghosszabb párbeszéd. (Ugyanakkor ebben a csoportban volt a legelterjedtebb az elhízottság, a többség dohányzik, és szintén a többség rendszeresen szed gyógyszert.) Többen egyetértettek azonban azzal a résztvevővel, aki így fogalmazott: „*Én nem dohányzom, alkoholt sem iszom, üdítőt iszok, de (...) én nem fogok magamtól megtagadni semmilyen olyan ételt vagy bármit, hogy most én sanyargassam magamat, mert szerintem értelmetlen, mert nem azon múlik az ember egészsége, hogy mit eszik, hanem hogy mennyit, az a nem mindegy. Egyen rántott húst, meg nokedlit, meg mit tudom én, de nem két kilót, hanem csak egy-két-három-négy-öt kanállal, mértékkel.*” Többen számoltak be arról is, hogy sokat mozognak – valaki rendszeresen túrázik is.

Míg az első és a negyedik csoportban elsősorban a főzés, és kisebb mértékben a mozgás került a résztvevők részéről szóba, a **második, nyugdíjas** csoportban elsősorban a mozgás és a friss levegőn töltött idő volt hangsúlyos – már csak azért is, mert ebben a csoportban többen rendelik a saját ebédjüket. Ők igyekeznek a könnyebb, egészségesebb ételeket választani. Egy résztvevő fogalmazott úgy, hogy „*a szomszédaimnak (...) és a barátaimnak is fontos az egészséges életmód, nekem nem annyira, mert én nagyon zsírosan eszek. Úgyhogy fontosnak fontos lenne, csak nem tudom, én nem szerettem volna.*” Egy másik résztvevő: „*Egyedül élek. Mivel táncolok a cukros, nem cukros határán, ezért odafigyelek, kivéve, mikor bűnözök. Olyasmi kajákat rendelek, aminek a szénhidráttartalma nem az egekben van.*”

Ugyanakkor meglehetősen hamar felmerült, hogy az emberek elsősorban az első panaszok



nyomán kezdenek az egészséggel tudatosan foglalkozni – legalábbis a résztvevők benyomása szerint. Többen bólogattak az alábbi felvetésre: *„Én azt érzem, hogy szóban foglalkoznak az emberek az egészséggel, és komolyabban csak akkor, amikor szembetalálják magukat azzal, hogy valami gond van”.*

1.2.2 Testmozgás

A **második**, nyugdíjas csoportban volt (nyilván összefüggésben azzal is, hogy nyugdíjasként erre több időt tudnak szánni) született a legtöbb válasz a rendszeres testmozgással kapcsolatban is: néhányan a Népligeti sporteszközökön, mások a nyugdíjas klubban is részt vesznek mozgásos foglalkozásokon. *„Azt nem tudom nélkülözni. Járok a Népligetbe, de már le lettem állítva. Mert a porcaim nem engedik.”* Megint másokat az *„tart karban”*, hogy az iskolás, óvodás unokák mindennapjaiban vesz részt, elviszi és értük megy a különböző foglalkozásokra.

Aggasztó, hogy két csoportban (a két állásban dolgozó takarítók **(5)**, illetve a zömmel romániai vendégmunkások **(3)**) nem számoltak be ilyen tevékenységekről – a **harmadik** csoportban egyetlen résztvevő volt, aki tudatos egészségőrzésről számolt be: *„én odafigyelek nagyon az egészségemre. (...) Hadd dicsekedjek azzal, hogy disznóhúst például már nem ettem, nem tudom, szerintem több mint egy éve. (...) Rólam azt kell tudni, hogy mi (...) egy istenfélő család vagyunk, tehát már 20 éve élünk a Jóistenben, és a Bibliába le van írva, hogy mi tiszta állat, mit lehet enni, vagy mit nem nagyon ajánl a Jóisten. Tehát én szeretem a disznóhúst egyébként, csak úgy az egészségem miatt, én úgy lemondtam róla.*

- Van-e más az étkezésen kívül, amiben így próbálsz figyelni az egészségedre?
- *Például a gyógyszereket is csak akkor, hogyha nagyon-nagyon fontos, és muszáj, akkor szedünk gyógyszereket is.”* Szűrővizsgálatra ő sem jár rendszeresen: *„az egészségem miatt, csak úgy, elmentem, 4 éve. Majd újra mennem kéne. Minden évben egyszer menni kéne.”*

1.3. Egészségmegőrzés -- az első tünetek után

Már az első bemutatkozó körben is felmerült a szűrések jelentősége, ugyanakkor az egyéni egészségmegőrzési törekvésekre vonatkozó válaszok jól mutatták, hogy – Józsefváros rosszabb egészségügyi mutatóinak megfelelően – beszélgetőtársaink túlnyomó többsége még az aktív korúak csoportjaiban is 40 év felett már valamilyen krónikus betegségben szenvedett – ami, ha nem másért, a gyógyszerekért, már együtt jár valamilyen folyamatos kapcsolattal az orvosokkal, akik olykor további vizsgálatokra is elküldik őket. (Az első csoportban a résztvevők fele volt krónikus beteg, a második csoportban életkorukból adódóan is túlnyomó többségben voltak azok, akik valamilyen krónikus betegség miatt egyébként is rendszeres orvosi felügyeletet igényelnek. A harmadik csoportban ketten, a negyedikben a többség, az ötödik csoport négy résztvevőjéből kettő szed rendszeresen gyógyszert.)

A csoportokban jól érzékelhető volt, hogy **a legtöbben jól láthatóan akkortól figyelnek az egészségükre, amikor az első panaszok megjelennek:** *„Rám is rám fér, mert cukros vagyok. (...) Természetesen mostanában hetente járok az SZTK-ba”* – fogalmazott egyik beszélgetőtársunk **az első csoportban**, míg egy másik: *„jómagam is fiatal korom óta krónikus beteg vagyok, 12 műtétet a hátam mögött. Nagyon haragszom az orvosokra, mert nem azt a gyógymódot adják, amikkel egy betegnek, hanem hogy még több problémája jöjjön elő. És ebben már sajnos rutinom van. Teletöltöttek annyi gyógyszerrel, annyi szteroiddal, amitől tönkrement mindenem,*



(...) és most már hiába dolgozom azért, hogy egészséges legyek. (...) Ezen kellene nagyon, de nagyon sokat javítani, hogy először is egy beteget úgy kezeljenek, hogy ne gyógyszeressen (...), hanem próbálják megtalálni azt a gyógymódot, ami természetes” Mozgássérült vagyok, ez nagyon sok egyéb problémával jár, az étkezésemre oda kell figyelni, a családban odafigyelünk.”

Az egészségtudatosság egyik indikátora lehet, hogy beszélgetőtársaink közül ki vette fel a nem kötelező influenza elleni oltást, és -- ha már úgylis tisztázni kellett, hogy nem a COVID-oltásra gondolunk --, egyúttal rákérdeztünk utóbbira is. A csoportokban – a nyugdíjas csoport kivételével -- alig valaki vett fel influenza elleni oltást, és COVIDot is nagyon kevesen (kivéve azokat, akiknek kötelező volt).

22. Táblázat – A fókuszcsoport résztvevőinek átoltottsági adatai

Csoport (résztevők száma)	Influenza oltás	COVID oltás
1. (önk. lakásbérlet) (8)	2	3-4 nem vette fel
2. (nyugdíjasok) (11)	9	n.a.
3. (főként vendégmunkás) (4)	0	0
4. (őr) (9)	0	Kötelező volt
5. (takarító) (4)	1	Kötelező volt

2. A kerület rosszabb egészségi állapotának okai

A beszélgetéseken megkérdeztük azt is: a résztvevők szerint mik lehetnek az okai annak, hogy Józsefvárosban jelentősen **alacsonyabb a várható átlagéletkor**, mint, mondjuk, Budapest második kerületében. A válaszok minden csoportban azt mutatták, hogy a résztvevők túlnyomórészt tisztában voltak egy ilyen kérdés komplexitásával, maguktól több tényezőt is felsoroltak

2.1. Szegénység.

„Az egyik a pénz, a **szegénység**.”

- Meg az **iskolázatlanság**.

- Tehát itt nagyon sok olyan ember van, akinek még a nyolc általánosa sincs meg. Nyilván annak magyarázhatom, hogy éljél egészségesen, azt se tudja, milyen. – hangzott el az **első** csoportban. A **második csoportban** a foglalkozás váltotta ki többek egyetértését: „Ezen a környéken alapvetően fizikai munkát végző emberek vannak, és azért még most is azt látni, hogy az üzemekben az egészségvédelem (...) talán nem olyan szintű, ami kellene, illetve talán a foglalkozásról adódóan (...) kevésbé fontos az, hogy saját magával törődjön.” – mondta valaki. „Itt mélyszegénység van.” – foglalta össze valaki a **negyedik csoportban**. Itt újra felmerült az étkezés kérdése: „Az étkezés is egész más ott, mint itt a kerületben. Ugye ők itt megcsinálják a pörköltet, zsírral, hozzá a nokedlit, a második kerületben meg bemegy, megveszi a biocuccait. Negyven-ötvenezerért, itt meg örül, ha kétezret el tud költeni kajára.” – mondta valaki. Az **ötödik csoportban** is az anyagi lehetőségek „a nyolcker nagyon csóró, szegény”; „ha az embernek fáj valamije, se pénzünk, se időnk, nem telik semmire”. „mennek a magánrendelőbe a budaiak”, illetve a lakhatási körülmények merültek fel. „Nem ilyen romos bérházakban laknak”.



A legkevesebb szempont ebben a kérdésben a **harmadik csoportban merült fel**: szóba került a szegénység „*egy szegény ember nyilván nem (...) fog olyan tisztán tudni élni, mint egy gazdag. Jó, lehet valaki gazdag, hogyha nincs igénye, de szerintem ilyen 70-80 százalékban egy szegényebb ember azért nem tud egészségesen élni, tehát a kereset miatt. (...) Én az étkezés fogalmát helyezem ilyenkor előtérbe, de persze vannak olyan emberek, akiknek mindenféle káros szenvedélyük van.*”, hogy a második kerületben „*esetleg jobban a figyelnek a lakók a tisztaságra, tiszta környezetre; sőt, egy résztvevőnél a stressz is: „Mi eddig a Diószegi utcában laktunk, és ott a szomszédaim nagyon-nagyon rosszak voltak. (...) Volt olyan, hogy őszinte, majdnem verekedtünk velük. (...) Nagyon-nagyon koszosak voltak, tényleg durvák. És képzeljék el, hogy amikor mi onnan elköltöztünk közel három év után, ünnepeltünk.*”

2.2. Rossz levegő

A Magdolna és Orczy negyedben verbuvált **első csoportban** ezentúl a **rossz levegő** is hangsúlyosan került elő: „*Rehabon voltam Budakeszin, ez ugye egy környezetvédelmi terület. Megszokta a szervezetem a tiszta levegőt, és mikor bejöttem három és fél hónap után a városba, rosszul lettem. (...) A belváros zsúfolt és sok a kocsis. Meg a másik probléma, hogy amíg üres helyek vannak, tehát bármilyen terület, azt rögtön beépítik. (...) Kevés az olyan park, vagy mit tudom én, ahol az ember ki tudna ülni, rengeteg fa kéne (...) padok is hiányoznak.*” – mesélte másvalaki. A **második csoportban** is többen felvetették a **légszennyezettség** kérdését, ugyanakkor itt a Tisztviselőtelep egyik lakója éppen a kerület jó adottságait emelte ki: „*nagyon kevésszer kerül ez szóba, hogy Budapest mértani közepén a nyolcadik kerület (...) közepén egy kertvárosi rész van, (...) és nagyon komoly lehetőségek vannak ebben a kertvárosi részben, amit jobban ki kellene használni. Korábban láttam egy Budapest légszennyezettségi térképet, és mint egy oázis, megelőzve még a külső kerületeket is. Mint egy kis oázis, persze, itt a népliget is, meg az Orczy kert is, és a közé ékelődött Tisztviselőtelep. Tehát a jobbról-balról besegítés van, de ez egy csoda. (...) Ő egy saját kertes házban lakik a Magyarok nagyasszonya téren, és arról mesélt: „Én a kerttel egy tegező viszonyban vagyok, és (...) állandó mozgásban vagyok a téli időszakban is. A kertünkben egy kis konyhakert van, és virágok is vannak, konyhakert is van, (...) ami az étkezésünket ellátja egész évre.*”

2.3. A házak és utcák állapota

Több csoportban a **lakások egy részének állapotára** utaltak: az **első, a negyedik és az ötödik csoportban** emítették a vizesedő, salátromos, gombásodó falakat. Míg mások a **köztisztasági viszonyokat** mondták: „*Én még hozzátenném azt, hogy a Dankó utcában lakok, hogy évek óta szerintem hozzájárul a betegségünkhöz az is, hogy rengeteg a hajléktalan és köpködnek, ürülékekben járkálnak, és visszük haza a lakásba a cipőnkön.*” (1)

A **negyedik csoportban** is árnyalt, soktényezős választ adtak erre a kérdésre, ráadásul dinamikájában is nézték az egészségromlást:

„-- Itt penészesek a lakások. Kap egy asztmát, aztán nem jut el orvoshoz, mert nincs időpont.”

-- Vagy nem tudja kiváltani a gyógyszert, mert nincs rá pénz. legyengül, kap más betegséget.”

3. Egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel

A beszélgetéseken azt a kérdést is feltettük, hogy szoktak-e elmenni kivizsgálásra akkor is, ha



nincs panaszuk. Ahogy arról korábban már volt szó, a résztvevők többsége rendszeresen szed valamilyen gyógyszert, és már csak ezért (a receptek miatt) is rendszeresen kell találkoznia az orvosával, aki néha további vizsgálatokra küldi, -- ha küldi -- őket. A szűrővizsgálatokra vonatkozó válaszokat ennek fényében érdemes megítélni. Ugyanakkor a kérdés alkalmat teremtett arra is, hogy a kerület szűrőszombat kampányának megítéléséről gyűjtsünk információkat.

Az **első** csoportban hárman mondták, hogy olykor panasz hiányában is elmennek szűrésre. **Szűrőszombaton** is hárman vettek részt, a program népszerűségét jól mutatja, hogy egyikőjük azt mesélte: *„9-re mentem, 1-kor kerültem sorra, nagyon jól jött, beutalt a klinikára”*. Másvalaki úgy nyilatkozott: *„sorban álltam, de nem kerültem sorra”*. Összességében a szűrőszombatokra nagyon nagy az igény, *„szinte kéthetente is lehetne”*

A biztonsági őrök **(4)** csoportjában ketten mondták, hogy szoktak ilyenre járni, az egyik beszélgetőtársunkat pedig az orvosa küldi évente. Azok, akik maguktól mennek, úgy fogalmaztak: *„Na, ezért díjazom Józsefvárost, mert az egészségügy számít az önkormányzatnak. (...) Én nagyon hálás vagyok ezekért az ingyenes szűrőszombatokért. Nem azt mondom, hogy ott vagyok mindegyiken, minden nyolcadikon, tizediken, (...) már csak koromból adódóan is.”* Míg másvalaki: *„Én bizony elmentem, holott nem fáj semmim, éppen itthon voltam, (...) na, ennyit megteszek magamért, mert hiszen a propaganda erről is szól, hogy bizonyos kor fölött tegyük már tiszteletünket. És milyen jó, hogy elmentem, mert nekem az megnyugvás volt, hogy legalábbis akkor, egy éve, (...) hogy rendben vagyok.”*

Ugyanakkor mindössze hárman hallottak a szűrőszombatokról.

Ilyen szűréseken a **harmadik csoportban** senki nem vett részt, egyetlen résztvevő hallott a szűrőszombatról – egyedül ő kapja a Józsefváros Újságot is.

A **második, nyugdíjas csoportban** a többség jó programnak tartotta a szűrőszombatokat -- bár mindössze ketten vettek részt rajta és itt sem jutott el mindenkire az információ. (Voltak például, aki arra panaszkodtak, hogy évek óta nem dobják be hozzájuk a Józsefváros Újságot. Megint mások (3 fő) tudtak a lehetőségről, de nem mentek el. Az is igaz, hogy a csoportok közül messze ez a csoport volt a legrendszeresebb felülvizsgálati figyelem alatt, és őket folyamatosan küldik az orvosok szakorvosi vizsgálatokra. *„A körzeti orvos az adja a beutalót és kétévenként elküld tüdőszűrésre, ultrahangra”*. – mesélte egyikük, a többség egyetértését kiváltva.

Az **ötödik csoportban** még előírt szűrésen sem vett részt senki az elmúlt időszakban: *„nem tudunk, mert jönni kell dolgozni.”; „el kéne menni tüdőgondozóba, de hol van arra időm?”* Egyik beszélgetőtársunk arról mesélt: ő is két állásban dolgozik, a háziorvoshoz egy megírt beutalóért sem tud elmenni. Itt merült fel az a szempont is, hogy ha felmerül valamilyen gyanú, mikor kerül az ember szakorvoshoz. *„Oké, ha egyáltalán kiszűrnek valamit, akkor mi lesz? Várhat a sorára még háromnegyed évig!”* – mondta egyikőjük.

4.1. Vizsgálatok és várólisták

A hosszú várólisták minden csoportban előkerültek:

„Eleve az egészségügyben ott tartunk, hogy két hónap múlva adnak időpontot.” – hangzott el az **első** csoportban. *„Én tavaly novemberben akartam kérni a diabetológiára időpontot, és azt mondja, hát április vagy május.”* Mindez jól láthatóan korlátozza a háziorvosok lehetőségeit is: *„A körzeti orvosom az tényleg igyekszik mindent megtenni, csak ha más helyre kell elmenni, akkor irgalmatlanul hosszú a várakozási idő”*. – mondta az egyik, rendszeresen gyógyszert szedő



résztevő a **negyedik** csoportban.

Az **ötödikben** az egyik résztvevő azt mesélte: *„Valami vegyszertől lett valamim, elmentem bőrgyógyászatra, be volt telve december és január is. Mondták, hogy menjek januárban, hogy februárban kérjek időpontot. Nem múlt el, csak elhalványodott.”* (Kezelést azóta sem kapott rá.)

A **harmadik csoport**, miután alapvetően elkerülni próbálja a szakorvosi vizsgálatokat, nem vetette fel ezt a kérdést, ám a várólisták az ellátásokkal leginkább elégedett nyugdíjas (**2-ik**) csoportban is felmerültek. Az egyik résztvevő azt mondta: *„Egyszerűen hosszú időre adnak időpontot. Mi az, hogy a hónap első munkanapján lehet csak időpontot kérni, mert utána már nincs? Szinte mindenkinek volt tapasztalata hosszú várakozással: „nyolc óra után tíz perccel értem oda, addigra már kilométeres [sor állt]” – mesélte valaki. „Az Aurórában most nagyon hiányzik az urológus, mert nincsen tavaly január óta”*

- A másik pedig a dietológia.

- Én tavaly májusban kértem az időpontot, és azt az időpontot február 18-ára kaptam.

- És itt jön be az, hogy viszont a listán szerepel a másik doktor, aki elment. Ugyanez a reumán: három olyan orvos szerepel, akik már nincsenek. Ja, és úgy szerepelnek, hogy foglalt időpontok. Ami ugye azt sugallja, hogy egyébként rendel.”

A nem megfelelő vizsgálati kapacitást minden csoportban felvetették abban a kontextusban is, hogy közben ezekért a hozzáférhetetlen szolgáltatásokért az ember **folyamatosan fizeti a TB-t**. *„Az egészségügy egy nulla. Az ember egy életen át fizeti a tb-t, ellátást nem kapunk, ha baj van, akkor sincs.”* -- mondta valaki az **ötödik** csoportban általános egyetértést kiváltva. Az **elsőben**: *„Az állami egészségügy, ezt szerintem mindenki érzi, tapasztalja, látja, hallja, hogy egy minimális színvonalat sem üt meg.”*

4.2. Egyéni stratégiák a várólisták rövidítésére

A hosszú várólisták sokakat arra sarkallnak, hogy kerülőutakat – elsősorban a sürgősségi vagy kórházi rendeléseket vegyék igénybe, **ahol van esélyük arra, hogy gyorsabban kapnak ellátást**. A **negyedik csoportban** jöttek elő a leginkább ezzel kapcsolatban történetek: [Ínhüvelygyulladás miatt] *„bementem a Szent Kozmába [a rendelőintézetbe], és ott közölték, hogy két hónappal későbbre van időpont. Mire mondtam, hogy nem akkor fog fájni, hanem most fáj. Közölték, hogy hát sajnos csak akkor van. Elmentem a Rókus [kórház]ba, ott sínbe tették. Azonnal elláttak.”* – mesélte egyikőjük. Egy másik résztvevő: *„ahhoz is időpontot kell kérni, hogy időpontot kérjél, (...) reggel nyolc és fél kilenc között, ezért álljál sorban hétkor, hogy időpontot kapjál, de nem. Úgyhogy, ha bármi orvosra van szükség, akkor a Péterfy Sándor utcai kórházba [megyünk]. Ott is sokat kell várni, de megcsinálják. (...) Kicsit erőszakosabbnak kell lenni néha, de egyébként nem szokott probléma lenni, és ezt úgy kell érteni, hogy kellett a páromnak például gyomortükrözés, gasztroenterológia. Itt fél év lett volna várakozási idő a JEK-ben, merthogy aki van doktornő, az egy héten egyszer rendel két órát, a másikhöz (...) nem adnak még időpontot sem. Nem mondom, hogy a Péterfy az a legjobb, viszont ott legalább megcsinálják, és ott is, azt hiszem, hogy valami két hét volt, mire kiértékelték. (...) De legalább ott megcsinálják.”* Megint más azt mesélte: *„Én tavaly úgy csináltam néhányszor, hogy az SBO-ra [Sürgősségi Betegellátó Osztály] mentem el, tudtam, hogy ott ellátnak. Ott ültem mondjuk négy-öt óra hosszát, mintsem hogy várjak az Aurórában hat hónapot.”*

4.3. Fizetős szolgáltatások



A másik lehetőség a várakozási idő csökkentésére a fizetős szolgáltatások igénybevétele. Ez a lehetőség a szegényebbeknek értelem szerűen nem adódik meg, (a legszegényebbeknek, akiknek TB-jük sincs, pedig csak ez.) Így a csoportokban szórványosan volt arra példa, hogy valakik ilyen magánrendelésre mentek volna. Az **első csoportban** nyolcból hárman, a **másodikban** egyetlen ember vett részt fizetős vizsgálaton: „Egy gyomortükrözésre három hónap múlva kaptam volna időpontot, hogy érdeklődjek, hogy mikorra tudnak beosztani. És így kénytelen voltam elmenni maszek orvoshoz, aki másnap fogadott és megcsinálta.”

A **harmadikban** valaki azért nem ment el az előírt tüdőszűrésre, mert társadalombiztosítás híján fizetnie kellett volna érte, és az **ötödik csoportban** sem vett senki igénybe az előző évben ilyen szolgáltatást.

Ugyanakkor nagyon komoly kritikák is megfogalmazódtak a magánszolgáltatások kapcsán. A **negyedik csoportban** a többségi vélemény az volt, hogy „az van most, hogy aki meg tudja fizetni, túléli, aki nem, hát az így járt.”. Itt négyen voltak **fizetős magánszolgáltatásban, de domináltak a rossz tapasztalatok:**

„-- Igazi rablás. Nem megyek soha többet. Soha.

-- És saját magukat ajánlják az orvosok.

-- Az orvos egyébként fogad magánrendelésben. Ha most itt gyökér, akkor nem hiszem, hogy akkor ott jó lenne.” Az egyik résztvevő azt mesélte:

„Énnekem csak rosszak (a tapasztalataim). (...) A klinikánál van a nőgyógyászat, a nőgyógyász a (...) a magánkórházába elküld, hogy itt nem tudlak fogadni, de ott szívesen fogadlak délután. Ez egy ötvenes. Ötvenezerbe kerül az, hogy kb. 2 percben elmondja az ember a bűját-baját. Jó, akkor adok egy telefonszámot, ezt hívja föl. Odaadja a telefonszámot 50 ezerért, föl hívja az ember, ez egy újabb magánkórház, az is ugyanúgy valahol a budai hegyekben, csak ezek spanok, vagy nem tudom mik. Átme gyünk oda, elmondja ott is, hogy mi történt, és akkor ott is elveszik a komoly összegeket (...), és azt mondja, hogy menjen a János Kórházba, (...) és akkor ott jelentkezzen be. És ezt az ellátást kapja az ember (...) több tízezerért. És ez rendszeresen ez van, szóval inkább maguk felé hajtják, mert megszűnt a hálapénz. Valahonnan kell, és így megoldják.”

5. Elmaradó vizsgálatok és kezelések

5.1. Vizsgálatok

A csoportokban azt is megkérdeztük, hogy előfordult-e, hogy az orvos küldte volna őket valamilyen vizsgálatra, és valamilyen okból nem mentek el, illetve előfordult-e, hogy felírt valamilyen gyógyszert, és azt nem váltották ki, nem szedték be.

A **harmadik csoport**³⁵ nem biztosított tagjai³⁶ körében volt a legmagasabb ez az egészség-elhanyagolási arány, és nem csak szűrésekre nem jutnak el, de magas kockázatokat vállalnak a

³⁵ Itt beszélgetőtársaink többségének román biztosítási jogviszonya volt, kettőjüknek lakcímkártyájuk sem (bár egyikük 20, a másikuk 5 éve a kerületben él).

³⁶ a 2022-es népszámlálás szerint a józsefvárosiak 14,2 százaléka nem magyar állampolgár volt. 1102 fővel a legnagyobb külföldi közösség a kínai, de 1056 ukrán és 514 román is a VIII. kerületben él. A budapesti kerületek közül Józsefvárosban lakik a legtöbb, csaknem egy kisvárosnyi külföldi állampolgár, szám szerint 9920. Nem tudjuk, hogy közöttük hányan van 8 órás bejelentett munkája, és TB-je. Az azonban minden kockázat nélkül mondható, hogy az itt élők egy jelentős része alapvető egészségügyi szolgáltatásokat sem tud igénybe venni.



saját egészségük kapcsán. Az egyik résztvevőt tüdőszűrésre küldték volna, de TB híján fizetnie kellett volna, ezért nem ment el. A nem biztosított józsefvárosiak kérdését a **negyedik csoportban** maguktól vetették fel a résztvevők: ketten mondták, hogy a környezetükben ez probléma.

„- És akkor ők mit csinálnak?

- *Hát, nem megy el orvoshoz, mert úgysem látják el őket.*

- *Szerintem attól még ellátják.*

- *Igen, ellátják, aztán kiszámlázza.*

- *Na jó, de ha egészséges hogy nincs TB-je? Csak kérdezem. Ott kell elkezdni a probléma megoldását, nem? (...) Én szerintem akkor ott a problémát ott kell megoldani, hogy egy normális munkahelyed legyen, ha meg vállalkozónál dolgozol, mert te kőműves segéd vagy, vagy akármilyen, akkor ott van a probléma a vállalkozónál, hogy nem fizet utána.*”

Ebben a csoportban is több esetben előfordult, hogy valakit további vizsgálatra küldött az orvos és aztán nem tudott valamiért elmenni: „*Nekem volt, hogy gasztroenterológiára küldött el, és hat hónapra kaptam időpontot. December 28-ára, tavaly december 28-ára kaptam időpontot, és nem mentem el.*”

Az **első csoportban** nem számoltak be ilyen esetről, az ötödikben egyvalaki nem jut el a beutalóért a háziorvosához, a **második, nyugdíjas csoportban** egyetlen emberrel fordult ilyen elő, aki egy gyomortükrözést „úszott meg”, mert úgy ítélte: arra egyáltalán nincs szüksége, „*megkíméltem magamat egy olyan dologtól, amit nem kívánok senkinek*” – mondta.

Két, az **önkormányzat által foglalkoztatott** csoportban is felmerült, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, így például a szűréseken való részvételt is korlátozza a táppénz csökkentése, illetve, hogy a munkáltatók nem örülnek neki, ha valaki kivizsgálásokra jár. Ezek hatására a legtöbben nem járnak vizsgálatokra, ha betegek az első lábadozásig vannak otthon, és inkább szabadságra mennek, hogy ne csökkenjen a pénzük. Ez könnyen beláthatóan **egy önkiszákmányolásra épülő stratégia, amelyben betegen, lábadozva is dolgoznak, és pihenésre sem marad idejük.** A **negyedik csoportban** többen inkább szabadságra mennek, ha betegek, és a panaszok enyhülése esetén máris mennek dolgozni. „*Elmegyünk ugyanúgy orvoshoz, Inkább bejövök, ha már jobban vagyok.*”

A kivizsgálások kapcsán:

„-- És akkor így a munkahelyeteken ez nem okoz azért problémát?

-- *Húzzák a szájukat, de nem szólnak.*”

Az **ötödik csoportban**, ahol mindenki két munkahelyen dolgozik, többen el sem jutnak a vizsgálatokra.

5.2. Gyógyszerek

A gyógyszerek kapcsán – a **második**, nyugdíjas csoport kivételével -- a problémák sokaságát sorolták a beszélgetőtársaink: a felírt, de nem beszerezhető gyógyszerektől kezdve egészen odáig, hogy a páciensek orvosi vizsgálat nélkül, a gyógyszerértári személyzettel „megszakértve”, azok javaslatai alapján vesznek gyógyszert – nyilván kisebb hatóanyag tartalommal, és nem biztos, hogy a valós betegségeikre.



Az első esetre példa egy párbeszéd az **első csoportban**:
„Olyan is van, hogy be se tudom szerezni azt a gyógyszert, amit felírtam, mert nincs.
- És, még amivel lehetne pótolni, az sincs.

- Mással is volt már ilyen, hogy egy konkrét gyógyszer, amit felírtak, azt egyszerűen nem lehetett beszerezni?

- Igen.” (Hármukkal).

A negyedik csoportban:

„- És volt-e olyan, hogy felírt valamilyen gyógyszert az orvos, és aztán ezt nem szedtétek be?

- Volt ilyen.

- Velem is.

- És mi volt az oka?

- Nekem az volt az indokom, hogy nem éreztem magamat eléggé betegnek ahhoz, hogy gyógyszer segítsen.

- Nekem pedig az anyagi része, nincs 72 ezrem egy doboz gyógyszerrel.” (...) amit hetente adok magamnak, (...) azt már nem lehet kapni, a másik pedig (...) az meg olyan, 70, valahány ezer forint egy havi adag, az felejtős.” Ugyanitt valaki érzékeltette azt is, hogy ez mennyire elterjedt lehet Józsefvárosban: [A családtámogatási irodára] sokan jönnek, ezt nap, mint nap látom, hogy ott sírnak, hogy nem tudja kiváltani (a gyógyszert), mert neki ez drága.”

Az **ötödik** és a **harmadik** csoportban befolyásolja a leginkább a felírt gyógyszerek kiváltását a szegénység és az időhiány, adott esetben a támogatott gyógyszerre való jogosulatlanság. Előbbire példa, az **ötödik csoportban** lezajlott párbeszéd:

- „Ha nagyon vészes [a helyzet], akkor kiváltjuk.

- Nem megyünk el orvoshoz, csak telefonon. Vagy csak a patikában megkérdezzük, mit ajánl.

- Bemegyünk a gyógyszertárba, a legolcsóbbat kérjük.”

A **harmadik csoport** nem biztosított résztvevői körében az is előfordul, hogy gyógyszereket Romániából küldenek nekik orvosi kontroll nélkül, vagy éppen kéz alatt veszik meg azokat. „Cukros vagyok, a gyógyszert hozzák Romániából. (...) Itt is megveszem, kézből.” – mesélte egyik beszélgetőtársunk. És arra is bőségesen merült fel példa, hogy mivel a vizsgálatért is fizetni kellene, a recept nélkül kapható, kisebb hatóanyagú, és a betegségen az is lehet, hogy egyáltalán nem segítő gyógyszert szed valaki:

„-- Inkább bemenjünk a gyógyszertárba és megvesszük a gyógyszereket. Én megelőzőm a betegséget.

- Mindig van otthon.” – mesélték itt a résztvevők.

A csoportban hárman is azt mesélték: amikor már javult az állapotuk, nem szedték tovább a gyógyszert. „Már utána nem szedjük be, mert érezzük, hogy már jobban vagyunk”. (Ez különösen annak fényében aggályos, hogy a beszélgetés kontextusa alapján ezt a mondatot az antibiotikumokra értette beszélgetőtársunk – ami mind az egészséggel kapcsolatos tudás, mind az orvos-beteg kommunikáció szempontjából problematikus.)



6. Vélemények az alapellátásról

6.1. A háziorvosok

A beszélgetések kitértek arra is, hogy ki hányszor volt az előző évben a háziorvosánál, és általában mennyire elégedett vele. A látogatásszámok és a vélemények is nagyon szórtak: az **első csoportban** (ahol a havi rendszerességtől az évi 1-2 alkalomig terjedt az orvosokkal való kapcsolat intenzitása) alapvetően elégedettek voltak a résztvevők a háziorvosukkal. Egyik beszélgetőtársunk ugyanakkor arra hívta fel a figyelmet – többek egyetértését váltotta ki ezzel --, hogy a COVID járvány elmúlása után is megmaradt az a gyakorlat, hogy **érdemi vizsgálat nélkül** zajlanak a beteg-orvos találkozások. A csoport egyik tagja azért váltott háziorvost, mert nála kint kellett várakozni az utcán, rutineljárás volt, hogy az ablakon át, vizsgálat nélkül kiadtak egy receptet. Az új azonnal kivizsgáltatta (pl vérvétel, vérnyomás). Megint más azt mesélte: *„az előző orvosom férfi volt, nem vetkőztem le. Az új ad időpontot, telefonálnak gyakran”*.

A **második, nyugdíjas** csoportban voltak a leginkább elégedettek, bár itt is felmerült az, hogy -- a COVID óta különösen -- ráállt a rendszer a telefonos kapcsolattartásra. *„a körzeti orvosommal meg vagyok elégedve, nem tetszik, hogy csak telefonon kell megrendelni a gyógyszereket -- én szeretek beszélgetni az orvossal.”* – mondta valaki. (Ebben a csoportban tíznél több alkalommal hárman jártak a háziorvosnál, öt és tíz közötti alkalommal hárman, kevesebbet, mint öt alkalommal öten.)

Az **ötödik csoportban** (ahol mindenki két munkahelyen dolgozik) ketten egyetlen alkalommal sem, 1 résztvevő két alkalommal, és szintén 1 résztvevő sűrűn, havonta-kéthavonta lép kapcsolatba a háziorvosával. A kapcsolattartás leggyakoribb formája itt is a telefonos receptfeliratás. Itt hangzott el: *„A felhőbe felírják, emiatt nem találkoznak annyira gyakran a háziorvossal”; „Ha te erőszakoskods, és kéred, hogy legyen vérvétel, vizeletvizsgálat, akkor megcsinálják, de nehéz elérni.”* Itt látszott a legerősebben, hogy a munkapiaci helyzet milyen mértékben tudja korlátozni az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést: mindenki egyetértett azzal, hogy *„a legtöbbünk nem találkozik az orvosokkal. Mi nem megyünk, mert ha nem jössz [dolgozni], azonnal ki vagy rúgva. Örülök, ha a gyógyszert ki tudom váltani.”*

A **negyedik csoport** 2023-ban háziorvosnál viszonylag sűrűn járt: négyen több mint öt alkalommal, ebből ketten 10-nél is többször. Ebben a csoportban a háziorvosok kapcsán is nagyon sokan fogalmaztak meg kritikát, és a többség azzal értett egyet, hogy COVID óta az orvos-beteg találkozások száma is csökkent, és hogy sok orvos vizsgálat nélkül, a gyógyszerek kiírására és az adminisztráció elvégzésére szorítkozik:

„-- nem veszi el a háziorvos a leletet, nekem kell kitalálni, hogy mit jelent.

-- Inkább oda se menj, írd emailt. Külön emailcím van a gyógyszer felírásra, a beutalóra, a táppénzes papírra.

-- A COVID óta telefonon gyógyítanak, nem hajlandóak élőben találkozni.”

A történetek alapján a józsefvárosiak egy része maga kezdte a vizsgálatok híján kideríteni, hogy mi is lehet a baja: *„amúgy rászoktatták az embereket arra, hogy a Google a legjobb barátja az embernek, és ha nincs interneted, akkor az egyenlő új köztemető. (...) A Google-n keresztül kinézed azt, hogy mi a bajod, mit kell rá szedned, és mit csinálj. És ennyi.*

-- Mert se gyógyszert, semmit nem ír föl.



-- Mondok egy példát. Én most voltam a diabetológusnál, javaslatért az inzulinomhoz. A doktornő, bent voltam egy fél órát, meg sem kérdezte, hogy van-e valami mellékhatása a gyógyszernek, van-e valami problémám -- a lakásáról beszélt, hogy hogyan lesz felújítva. És mondtam neki, hogy doktornő, meg se kérdezi, hogy van-e valami problémám, nem tudok rendesen védekezni, nem használ az inzulin, emelni kéne szerintem. Az volt a válasz, hogy én nem vagyok doki. 'Maga orvos?' Mondtam, hogy nem, csak meg se kérdez. Aztán utána mondta, hogy jó, akkor beutalom a kórházba. Kértem, (...) mire föl? Hát majd ott, akkor majd kitalálják. Nem, mondom, doktornő, csak annyit kértem, hogy emeljék az, vagy valami másik inzulint esetleg. -- Jó, tudja mit? Majd nézek egyet. Nézttem most, harmincháromezer forintot.

Ebben a csoportban két olyan résztvevő is volt, aki a munkája révén nagyobb rálátással rendelkezik a rendelők világára. Egyikőjük azt mesélte:

„-- én csak olyanról tudok beszélni, (...) amit látok, meg amiket mondanak, és az emberek odajönnek már szamurájkarddal, és már ölnének, hogy bejussanak, szó szerint. Szóval én azt látom, hogy odamegy az ember nyolc órakor kinyitunk, ők azt mondják nekünk, hogy senkit ne engedj be. (...) És ki van írva az ajtóra, hogy ne engedjünk be senkit, meg mit tudom én, és hivatkoznak a jogszabályra, és amikor megkérdi az ember, hogy milyen jogszabályra hivatkozol, nincs is rá. Ne engedj be senkit, oké, és egész nap ez megy. Kint vár 600 ember, ők meg arról beszélnek, hogy milyen jó volt a tegnapi nokedli. (...) Hát azért tették le az esküt, hogy valamit csináljanak.”

-- Ez több helyen van.”

Ám itt is voltak olyan résztvevők, akik elégedettek az orvosukkal:

„-- Az én házi orvosom egy elég idős főorvos, belgyógyász, szülész-nőgyógyász, (...) aki folyamatosan küld vizsgálatokra.

-- Engem például a házi orvos, amikor először beteg voltam, akkor fel is hívott, hogy vagyok. Szóval odafigyel.” – mondta egy másik résztvevő.

A harmadik, zömmel vendégmunkás csoport résztvevői közül ketten azt mondták: kétszer-háromszor jártak orvosnál, egyikőjük egyszer, míg valaki egyszer sem. Ennek fényében értékelhetőek az alábbi, a csoportban érkezett válaszok: „*elmagyarázzák a dolgokat*”; és „*egyszer voltam: normális*”.

6.2. Asszisztensek: háziorvosi-szakrendelői

A beszélgetéseken résztvevők – a negyedik csoport kivételével – a többség alapvetően elégedett volt a házi orvosok **asszisztenseivel**, negatív vélemények a szakorvosi asszisztensekről hangoztak el. A **második csoportban** volt a legnagyobb az elégedettség a háziorvosi asszisztensekkel („*segítőkések és aktívak*”), ugyanakkor több kritika elhangzott a szakorvosi rendelő asszisztenseivel kapcsolatban. „Az Auróra utca, ott megint csak nagyon vegyes. Tehát például most minden reggel járok infúzióra, ott van az egyik hölgy, ő hihetetlen kedves, nagyon aranyos, beszélget. Jön a másik: 'mér úgy tartja a kezét?!'” – mesélte az egyik résztvevő.

Elhangzottak azért a háziorvosi asszisztensekkel kapcsolatos kritikák is: az **első csoportban** valaki úgy fogalmazott: „*professzor asszonyt szeretnének játszani, és mivel már van egy kis tapasztalatom, saját betegségemből kifolyólag ismerem a menetet, a tünetet, a satöbbit, és egy igazolásra lett volna szükségem, és ő mondta meg a főorvos asszonynak, hogy ne adjon nekem.*”



A **harmadik csoportban** – itt jártak a legritkábban orvosnál – egyetértés volt abban, amit valaki így fogalmazott meg: *„Nem volt, hogy durvábbak lettek volna, vagy nem végezték volna a dolgukat.”* Az **ötödik csoportban** hangzott el: *„néha jobbak, mint az orvosok. Én a nővérrel beszélek a gyógyszerekről”*. Ugyanakkor a **negyedik csoportban**:

- *„Ők intéznek mindent az orvos helyett”* (5-en bólogatnak erre)

-- *„Én meg azt gondolom, hogy flegmák, kiskirálynak képzelik magukat”*.

„Én azt látom, hogy 8-kor kinyitunk, ők azt mondják nekem, hogy 'senkit ne engedj be'. Bent beszélgetnek, a tömeg meg kint vár. (Négyen bólogatnak erre.)

7. Ötletek és javaslatok az egészségügy fejlesztésére

A beszélgetések vége felé feltettük a kérdést: mit csinálnának, ha Önök lennének a Józsefvárosi Egészségügyi Minisztérium? Mit tennének, ha az lenne a feladatuk, hogy az emberek egészségesebbek legyenek, időben orvoshoz forduljanak, betartsák az előírásokat? Mi segítené, ösztönözné leginkább az embereket? Várható volt, hogy válaszok nem csak a lakossági motivációkkal kapcsolatban érkeznek majd, hanem általában az egészségügyi helyzet javításával kapcsolatban is.

A csoportokban mind az ötletek/javaslatok, mint pedig az ösztönzők kapcsán sokfajta vélemény hangzott el:

7.1. Finanszírozás

Egész odáig, hogy egyesek a szakellátás finanszírozási rendszerét is megváltoztatnák: *„én nagyon ledöbbsentem, amikor egy tévéműsorban egy érsebész volt egy élő adásban, és nem tudott kitérni a kérdés elől, mert élő adás volt. Kérdezi egy betelefonáló: igaz-e az, hogy az orvosoknak és sebészeknek az OEP nagyobb támogatást ad egy amputációnál, mint a kezelésre, végtagkezelésre. És az orvos elismerte, hogy igaz. Felmerül a kérdés. Ezek szerint ebben az országban egyszerűbb vágni, nyisszantani, mert hiszen nagyobb támogatást kapok az OEP-től, mint akár filózni rajta, hogy na, hogy hozzam helyre”*. – mondta valaki a **negyedik csoportban**.

A finanszírozás kapcsán több csoportban hangoztak el olyan ötletek, amelyek – főként a jelenlegi állapotokra reflektálva -- a közösségi alapú egészségbiztosításnál jobbnak látnák az egyéni fizetést az igénybe vett szolgáltatások után. Az **ötödik** csoportban egy résztvevő így fogalmazott: *„Én úgy hoznám be, hogyha lehetne ezt a törvényt, hogy amikor beteg vagyok, elmegyek egy orvoshoz, akkor fizessenek egy X összeget, mint amikor valamikor volt ez a három vagy négyszáz forint. Én azt sem tudom, hogy mikor voltam orvosnál, és akkor is fizetem magam után a TB-t. És ez szerintem (...) nem olyan igazságos. Én azt hoznám be, hogy amikor beteg vagyok, elmegyek orvoshoz, akkor fizessenek, mert akkor tényleg azért megyek. Más csoportban is felmerült ez az ötlet, a **negyedik** csoportban is voltak, akik azzal értettek egyet, hogy az ellátás után fizessenek az emberek: „Azt kéne bevezetni szerintem országosan. Ez lehet, hogy hülyeség, de Amerikában azért van az, hogy ugye saját maguknak fizetik az ellátást, azért kérnek akkora összegeket, és van ellátás, minőség. Azért van ott minőség. (...) Ugye itt, amit levonnak tőlünk ezekre a jutalékokra, meg nem tudom mire, (...) azt félretennénk, és 12 hónappal ugye, hogyha felszorozod, és bármilyen komoly problémád van, akkor elmész egy olyan helyre, ahol négy nap alatt helyrerakják az embert, ennyi bizonyos összegért, és nincs az, hogy nem tudom kifizetni, hanem ott van. És ez Amerikában meg több helyen működik, szerintem itt is működne. Itt csak elveszik a pénzt, de nem adnak.”*



7.2. Könnyebb ügyintézés

Az **első** csoportban például az, a Józsefváros applikáción induljon az ügyintézés is segítő egészségügyi szolgáltatás. A **másodikban**, hogy *„a gép maga ajánljon föl (...) egy betegnek időpontot, ha felszabadult egy hely.”* Ugyanitt egyfajta előszűrés és sürgősség alapú betegirányítási rendszer ötlete merült fel: *„Hogy lenne egy ilyen infópont az Aurórában, aki azt mondja, hogy jól van, hát ez a baja, de az én belgyógyász véleményem szerint ezzel most ne türelmetlenkedjen, mert vannak fontosabb dolgok, ráér a hónap végén. Ez lehet, hogy segítene”* – vetette fel az egyik résztvevő.

7.3. Jogviszonyok rendezése

A **hármas csoportban** értelemszerűen a biztosítotti viszony könnyebb elérhetősége volt a fókuszban: *„Nehezebb, hogyha TB nincsen, nekem van román biztosításom, egy évre mindig ki van fizetve, de hát azt se fogadják itt el. Tehát uniós biztosítás, de hát hogyha például vizsgálatra akarok vele menni, nem csak sürgősségi esetben.*

-- A TB lenne a legbiztosabb, ha mindenkinek TB-je van.” – mondta valaki.

7.4. Kapacitásfejlesztés

Több helyen felmerült a kapacitásfejlesztés (az orvosok megtartását lehetővé tevő béremeléstől ((3) és részben a (4) csoport) egészen odáig, hogy a szűrésekre több szűrőpontot, és központi analízist lehetne felépíteni a Józsefvárosban. A **negyedik csoportban**:

„-- Én szerintem olyannal lehetne fejleszteni a kerületet, hogy (...) ahol van rá lehetőség, (...) kialakítani több ilyen kis rendelőfélt, ahol, mondjuk, van tüdőszűrőgép, és nem orvos, hanem egy asszisztenst betanítani, hogy megcsinálják a röntgenképet, és ők átküldik az orvosnak.”

-- Több ilyen kicsi szűrőhely, (...) és nem kell fél évet várjak, hanem elmegyek ide, nem tud fogadni, elmegyek oda, hátha ott tud fogadni. Ugye az ember annyit megtesz magáért, én is megtennék, hogy most nem egy helyre várok fél évet, hanem akkor inkább körbetelefonálok, hogy melyik az, ahol tudnak fogadni, és akkor gyere, megcsináljuk.”

7.5. Az ellátások ingyenessége

Az **ötödik csoportban** felmerült, hogy a kórházakban *„a betegnek kell vinni a pelenkát, a gyógyszert, neked kell vinni szüléskor a tápszert, a pelenkát. Adjanak teljes ellátást.*

7.6. Átszervezési ötletek

A **második csoportban** felmerült, hogy egyes gyerekorvosi rendelőkhöz hasonlóan a fertőző és nem fertőző páciensek külön fogadása lenne jó a rendelőben, *„mert ott ülnek a köhögős emberek órákon keresztül várva a háziorvosra”.*

7.7. Nyilvános véleményezési rendszer

Az **első csoportban** a háziorvosokkal kapcsolatban felmerült, hogy *„az EESZT-ben lehetne véleményeket írni róluk, hogy tájékozódni lehessen.”* Ugyanakkor a **4-es csoportban** kétélyek is elhangzottak egy ilyen ötlet kapcsán:

„-- Felmész az internetre, rákész a véleményekre és ott is írják, ha bunkó valaki.

-- És ennek van egyébként szerintetek valamilyen hatása?



-- Már nincsen. Sokkal nagyobb dolgoknak sincs hatása. Meg istenigazából rá van kényszerülve az ember.

- Most egy orvos attól nem fog megijedni, meg egy magánrendelő... Ugyanez van az utazási irodáktól kezdve, és mégis mennek az emberek.”

7.8. Több információ a lehetőségekről

A beszélgetéseken érintettük azt a kérdést is, hogy az önkormányzat által nyújtott nem kötelező szolgáltatások és kampányok (a támogatott COVID oltástól a szűrőszombatokig) mennyire jutnak el a józsefvárosiakhoz. A tapasztalatok nagyon vegyesek: a kisebb csoportokban 1-2 ember, a nagyobbakban 2-3 hallott akár a támogatott COVID-oltás, akár a szűrőszombatok lehetőségéről.

Az **első csoportban** az is felmerült, hogy a Józsefváros Újságban lehetne egy külön egészségügyi rovat, a **nyugdíjas (2) csoportban** pedig az is: „egyetemistákat, szakiskolásokat felkészítenénk arra, menjenek, házaljanak. Adják az információt, osszanak ajándékokat, osszanak egészséges táplálékokat.”

Két csoportban is elhangzott, hogy már az is segítség lenne, ha zajlanának a fókuszcsoporthoz hasonló beszélgetések, ahol ezekről a kérdésekről lehet információt kapni. Az **első** mellett a **hármas csoportban**: „Beszéljék meg! (...) Ahogy mi most összejöttünk és átbeszéltük.” A **második** csoportban emellett a sport- és közösségi programokat említették.

8. Szűrővizsgálatok: kötelezővé tétel vs ösztönzés

8.1. Kötelezővé tétel vagy büntetés-alapú ösztönzés

Arra a kérdésre, hogy mi ösztönözné leginkább az embereket, szintén nagymértékben, a fizetési ösztönzőktől a kötelezővé tételig szórtak a vélemények.

Az **ötödik csoportban** az hangzott el:

„-- Kötelezővé kéne tenni havi egy vizsgálatot. Legalább egy vérképet. Anyám összeesett és agyvérzést kapott, ha járt volna vizsgálatra, akkor lehet meg lehetett volna előzni.

-- A munkáltató ezt támogassa, engedjen el a vizsgálatra.”

A **negyedik csoportban** vita alakult ki arról, hogy lehetne-e kötelezni az embereket a szűrővizsgálatok igénybevételére. Végül a többség elvetette ezt az ötletet. „Mindig abból indulj ki, hogy magadból, hogy te mi az, amit megtennél. Te se tennéd. De miért? Hát téged tudnának kötelezni? Köteleztek arra, hogy vedd föl a COVID elleni oltást, meg ilyenek. (..) Még egyszer fölvenné úgy, hogyha most megtehetné, hogy nem? Ennyit erről.” – mondta egyik beszélgetőtársunk, akivel a legtöbben egyetértettek.

A **második csoportban** pedig azzal az ötlettel kapcsolatban alakult ki vita, hogy amennyiben valaki nem megy el a kötelező szűrésre, és később ebből adódóan beteg lesz, a kezelésének a finanszírozását részben hárítsák rá. (A többség végül nem támogatta az ötletet.)

8.2. Jutalmazás alapú ösztönzés

Az **első csoportban** valaki magától vetette fel, hogy akár fizetni is lehetne a szűrővizsgálatokon való részvételért. Végül az ötlet kapcsán az elbizonytalanodás lett meghatározó:



„-- 5-10 ezer forintért már sokan elmennének, de nem teljesen garantált.

-- Ezt úgy gondolod, hogy mondjuk embereknek azért adni pénzt, hogy szűrésen részt vegyen?

-- Akár lehetne. (...)

-- Mondjuk, a ti szomszédotok mennyiért menne el egy emlőszűrésre?

-- Van, aki ki se mozdulna, kinevetne.

-- Önmagában a pénz nem biztos, hogy garancia arra, hogy emberek többet tegyenek.

-- Aki törődik az egészségével, (...) az elmenne magától is.

- Én a pénzfizetést (...) úgy gondolnám, mondjuk, hogy van egy család, teszem fel, van az én családom, és vagyunk ketten-hárman asztmás betegek, és ezt ugye látja az egészségügyi bizottság stb. és akkor oda utalnánk egy olyan összeget, amiből tudja szinten tartani magát, és nem csak a gyógyszerekkel.”

Az **ötödik csoportban** támogatást kapott, hogy érdemes lenne a pénzalapú ösztönzést alkalmazni, és valaki a vérplazma-adást hozta fel az ezt igazoló piaci példaként. Többek ismerőse adott már vérplazmát,

„-- Minden második ember jár vérplazmára!

-- Nekem erre nincs időm, de amikor nem volt pénzem, akkor elgondolkodtam rajta.” A

második csoportban az egyik résztvevőben ugyanígy egy piaci párhuzam merült fel: akik a gyógyszerkísérletekben részt vesznek, és ezért vizsgálatokat és pénzt kapnak – a nyugdíjasklubban is volt erre toborzás.

A **harmadik csoportban** a **módszer hatékonyságában** kételkedtek („akinek nincs egy szegény embernek ugye, mivel elmenjen, vagy nincs TB-kártya, persze, ha valaki támogassa, elfogadja szívesen, hogy elmenjen bármilyen vizsgálatra. (...) De szerintem van olyan is, akinek tényleg ingyen fölajánlják, és nem megy el.”); míg más csoportokban a jutalmazás alapú ösztönzés **igazságossága/jogossága kapcsán alakult ki vita**. Az **ötödik csoportban** az egyik résztvevő úgy vélekedett: „Hát az már milyen dolog, hogy fizetek neked, csak menj már el! Hát nem? (...) Nekem ne fizessen senki. Hát, hogyha az én egészségemről van szó, én megyek.”

A **második csoportban** is született egy ilyen javaslat (utalva a fókuszcsoport helyzetre is, amiben éppen ilyen formában és ekkora összeggel köszöntük meg a részvételt): „az a család, amelyik, mondjuk, odafigyel az egészségére, kap ötezer forintért Tesco utalványt.” Az ötletével az illető végül egyedül maradt a csoportban. „Ez azért mindenkinek a saját érdeke, a lehetőségeket (...) kéne szaporítani és reklámozni.” – fogalmazta meg többek véleményét valaki.

Ebben a csoportban felvettük a jogosultság kérdését is, és a válaszokban erőteljesen érvényesült az érdemesség szempontja: automatikusan a szegényebbeknek nem adnának ilyen támogatást. „Mert mitől szegény a szegény? Mert azért, hogy nem dolgozok, meg nem akarok semmit, mert szegény vagyok, vagy azért mert nagycsalád és kevés a kereset...”

-- Ezt nem lehet igazságosan megmondani.

-- Ezt mindenkinek kéne adni, aki jár.

-- Igen”

A **negyedik csoportban** a többség nem reagált jól arra a felvetésre, hogy akár fizetni is lehetne



a szűrővizsgálatokon való részvételért. Végül többen a hosszú várólistákhoz kanyarodtak vissza, és az lett a többségi vélemény, hogy ha a panaszmentes emberek is vizsgáltatnák magukat az elérhető támogatásért, még nehezebben jutnának a vizsgálatokhoz azok, akiknek valóban szükségük van rá.

„-- Istenigazából akkor lenne tényleg leterhelve az orvos, a háziorvos, meg bármelyik, hogyha még fizetnék azért, hogy elmenjen egy beteg, mert akkor mindenki (...) menni akarna, csak hogy pénzt szerezzenek.

- Hát arról meg nem is beszélve, hogy a hajléktalanok szeretik. (...)

- Igen, talán annak is ugyanolyan joga van az orvoshoz.

- Igen, tisztában vagyok vele, csak én sem szívesen megyek a hajléktalan után, például tüdőszűrésre.

- Jó, de igen, de ugyanolyan ember. Mondtad, hogy hajléktalan, van köztük olyan, aki mit tudom én, sőt tanult ember. Orvos, tanár.

- Tudom, de erre ki kéne alakítani egy részt.

- Szerintem a kerületben élőknek 70 százaléka hátrányos helyzetben van. (...) Akkor mindenki odamenne, mindenki menne, nemcsak a hajléktalan, hanem mindenki, még az is, aki megteheti, aki tehetősebb, az is elmenne” – hangzott el.



5. FÜGGELÉK: LEADOTT PROJEKTINDÍTÓ DIASOR



JÓZSEFVÁROSI EGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM SZAKMAI RÉSZLETEINEK KIDOLGOZÁSA – PROJEKTINDÍTÓ PREZENTÁCIÓ

Váradai Balázs, Kollányi Zsófia, Laczkovich Anna

Budapest, 2023. december 15.

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu



AKIK A KUTATÁSBAN RÉSZT VESZNEK

- **Váradai Balázs PhD**
vezető kutató, BI; docens, ELTE ÁJK
kutatásvezető, közpolitikai elemző
- **Kollányi Zsófia PhD**
tanszékvezető, ELTE TÁTK, kutató, MTA-SzTE
Egészségfejlesztési Kutatócsoport
senior kutató, egészséggazdasági szakértő
- **Laczkovich Anna**
junior kutató, BI
közgazdász, kutató
- **Bernáth Gábor**
szociológus, médiakutató

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

1



A VIZSGÁLANDÓ KÉRDÉSEK KÖRE, RÉSZFELADATOK

1. A szóbjövő beavatkozások (beleértve az oltásokat is) révén elérhető egészségnyereség közelítő meghatározása és rangsorolása (a 2. meghatározásához)
2. A szóbjövő célcsoport demográfiai/népegészségügyi/egészségügyi ellátottsági állapotának lehetőségek szerinti felmérése és beavatkozás célcsoportjának meghatározása
3. A kerületi népegészségügyi (háziiorvosi, szűrési, oltási) intézményrendszer és annak országos intézményi kereteinek felmérése
4. Motivációs és információs keretfeltételek megismerése (mind az ellátórendszer (4/1), mind a célcsoportot (4/2) illetően)
5. Javasolt beavatkozási csomagok kidolgozása és beárázása

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

2



1. ELŐKÉSZÍTŐ RÉSZFELADAT: A SZÓBAJÖVŐ BEAVATKOZÁSOK (BELEÉRTVE AZ OLTÁSOKAT IS) RÉVÉN ELÉRHETŐ EGÉSZSÉGNYERESÉG KÖZELÍTŐ MEGHATÁROZÁSA ÉS RANGSOROLÁSA

Kérdés

A hátrányos helyzetű józsefvárosi polgárokat milyen népegészségügyi beavatkozásokba érdemes leginkább bevonni, a különböző veszélyek prevalenciája, a kiszűrésük, megelőzésük, kezelésük, gyógyításuk révén elérhető egészségnyereség és a beavatkozás célcsoportra és az Önkormányzatra jutó terhe figyelembevételével?

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

3



2. ELŐKÉSZÍTŐ RÉSZFELADAT: A SZÓBAJÖVŐ CÉLCSOPORT DEMOGRÁFIAI/NÉPEGÉSZSÉGÜGYI/EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTOTSÁGI ÁLLAPOTÁNAK LEHETŐSÉGEK SZERINTI FELMÉRÉSE ÉS BEAVATKOZÁS CÉLCSOPORTJÁNAK MEGHATÁROZÁSA

Kérdés

Mely nemi, életkori, nemzetiségi, jövedelmi csoportba osztható Józsefvárosi lakosoknak 1/ mit lehet tudni az egészségügyi állapotáról (a kerületi átlaghoz, más kerületek és a főváros átlagához képest) 2/ mit lehet tudni az egészségügyi ellátottságának fokáról (háziiorvoshoz járás, oltási-, szűrési hajlandóság)?

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

4



3. ELŐKÉSZÍTŐ RÉSZFELADAT: A KERÜLETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZER ÉS ANNAK ORSZÁGOS INTÉZMÉNYI KERETEINEK FELMÉRÉSE

Kérdés

Hogyan, hányan, milyen keretekben, milyen kapacitásokkal látják el a józsefvárosi háziiorvosok, szűrési, oltási, járóbeteg és laborerőforrások (JEK), ill. a dekoncentrált állami szervek (pl. EFI) a lehetséges józsefvárosi célcsoportokhoz tartozókat? Hogyan zajlik a kerületi hajléktalanok ellátása? hogyan működik az egészségügyi problémákhoz kapcsolható pénzügyi ellátások? Hogy működtek az eddigi egészségügyi kampányok (pl. Covid-oltástlító, Szűrőszombat)?

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

5



4/1. ELŐKÉSZÍTŐ RÉSZFELADAT: MOTIVÁCIÓS ÉS INFORMÁCIÓS KERETFELTÉTELEK MEGISMERÉSE AZ ELLÁTÓRENDSZERT ILLETŐEN

Kérdés

Milyen érvekkel és milyen ösztönzőkkel lehet rávenni a józsefvárosi önkormányzat által közvetlenül vagy közvetve befolyásolható ellátórendszert (elsősorban a felnőtt háziorvosokat és a JEK-et), hogy maximális odafigyeléssel oltsák/szűrjék/diagnosztizálják/vegyék gondozásba a most az ellátásból részben vagy teljesen kimaradó rászorultakat? Mi tarthatja vissza őket ettől (pl. az őket részben finanszírozó indikátorrendszer mechanizmusai)?

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

6

4/2. ELŐKÉSZÍTŐ RÉSZFELADAT: MOTIVÁCIÓS ÉS INFORMÁCIÓS KERETFELTÉTELEK MEGISMERÉSE A CÉLCSOPORTOT ILLETŐEN

Kérdés

Milyen érvekkel és milyen ösztönzőkkel lehet rávenni a józsefvárosi lakosok megcélózni kívánt célcsoportját, hogy szűrésre menjenek, beoltassák magukat, legyen háziorvosuk, benne bizalmuk, és tünetmentesen is rendszeresen elmenjenek hozzá? Ha krónikus betegséget diagnosztizálnak náluk, hogyan lehet őket meggyőzni és ösztönözni, hogy kövessék az orvos (többnyire gyógyszer-szedésre és életmódra vonatkozó) preskripcióit? Milyen fenntartások, milyen várakozások, milyen költségek, milyen normák tarthatják vissza őket? Ezeket mi tudna legkönnyebben, legalacsonyabb költséggel változtatni?

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

7

INFORMÁCIÓFORRÁSOK - ÁTTEKINTÉS

Információforrások	Feladat	Státus
Önkormányzati monitoring és költségvetési adatok	3., 4., 5.	Limitált, elkérve, ill. korábbi munkához már megkaptuk
Hazai és nemzetközi szakirodalom, kutatási együttműködés hazai szakemberekkel	1., 2., 5.	Folyamatban
Országos kvantitatív adatok (NEAK, PULVITA, népszámlálás, háziorvosokra vonatkozó adatok)	1., 2., 5.	A hozzáférés intézményi előkészítés alatt
Kerületi népegészségügyi és támogatási rendszerek működésére vonatkozó interjúk (Önkormányzat, JEK, háziorvosok)	1., 3., 4.	Folyamatban
A célcsoport motivációnak és megfontolásainak megismerését célzó interjúk és fókuszcsoportok	4., 5.	Előkészítés alatt

ÜTEMTERV

Feladat száma	2023		2024			
	November (nov 20-tól)	December	Január	Február	Március	Április
1						
2						
3						
4/1						
4/2						
5						

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet • bpinst.eu

9

PROJEKT-KOCKÁZATOK ÉS MENEDZSELÉSÜK

Kockázat	Veszély mértéke	Kezelés
Nem sikerül időben részletes egészségügyi adatokat szerezni	közepes	Több irányból is megkísérünk hozzáférni a szükséges adatokhoz; végső esetben országos átlagokból dolgozunk
A háziorvosok nem tűnnek késznek a szükséges számban kooperálni	magas	Opt-in mechanizmusokat dolgozunk ki számukra
GDPR-szabályok megnehezítik vagy ellehetetlenítik a CCT és monitoring elemek végrehajtását	közepes	Ha szükséges, robusztus, önbevallásra alapozott alternatívák kidolgozása
A 2024-es önkormányzati választásokat megelőző kampányidőszak polarizálja és bizalmatlanná teszi a stakeholdereket	magas	Hangsúlyozzuk a projekt szakmaiságát, pártfüggetlen, közjó-növelő jellegét
Az elérhető költségvetési keretek váratlanul lényegesen csökkennek	alacsony	Több, prioritált alternatívát dolgozunk ki