

## A jóllét arcai. Az egészséggel összefüggő életminőség Budapesten

### Bevezetés

2020-ban a magyar lakosság 18%-a a fővárosban élt, amely az ország legfontosabb gazdasági, oktatási, kulturális és turisztikai központja, ezért a budapestiek élet- és munkakörülményei hatással vannak a város teljesítőképességére, valamint a társadalmi-gazdasági helyzetére az országon belül és nemzetközi szinten egyaránt mind a múltban, mind a jelenben és a jövőben is. A fővárosi lakosság életminősége, és ezen belül az egészséggel összefüggő életminősége befolyásolja a város fejlődésének lehetőségeit és végső soron meghatározó szerepet tölt be Budapest jövője szempontjából. Természetesen önmagában az is nagyon lényeges, hogy milyen az ott élők életminősége, egészségi állapota, milyen egészségügyi ellátások vehetők igénybe, milyenek a városon belüli különbségek, hiszen ez megalapozza az ott élők életminőségét. Mindezek miatt is különösen fontos az életminőség, és kiemelten az egészséggel összefüggő életminőség fővárosi jellegzetességeinek, területi különbségeinek áttekintése.

Budapest népességének egészségi állapotában és egészségügyi helyzetében egyfajta kettősség figyelhető meg. A főbb megbetegedési és halálozási mutatók alapján általánosságban megállapítható, hogy a Budapest népességének egészségi állapota jobb az országosnál. A születéskor várható átlagos élettartam 2020-ban két évvel haladta meg az országos átlagot: ez a fővárosi férfiaknál két és fél, a nőknél egy évvel jobb életesélyeket jelentett. Azonban számottevő különbségek léteznek az egyes kerületek között, amelynek okai elsősorban az életminőség helyi jellegzetességeiből adódnak. Az életkilátások különbségei hat évet jelentenek a legmagasabb értékkel rendelkező II., XII. és a legalacsonyabbal bíró VIII., X. kerület között.<sup>1</sup> Ez a kerületi szintű eltérés az 1980-as évek közepén még tíz évet jelentett, ami az eltelt több mint 35 évben csak a felére tudott csökkenni.<sup>2</sup>

A Magyarországon dolgozó orvosok több mint egyharmada Budapesten koncentrálódik, a 10 000 lakosra jutó számuk másfélszerese a nemzeti átlagnak, számos országos intézet található meg, és a főváros tekinthető a legnagyobb hazai kórházközpontnak.

<sup>1</sup> KSH: *Születéskor várható átlagos élettartam – járási adatok 2020. évre*. Egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállomány. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2022.

<sup>2</sup> Józán Péter: A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980–1983. *Demográfia*, 29. (1986), 2–3. 251.

A működéshez szükséges orvosi állások csupán 4%-a volt betöltetlen Budapesten 2019-ben, ami az országos átlag (5%) alatt maradt. Ugyanakkor a fővárosi egészségügyi szakdolgozói állások 8%-a volt betöltetlen, ami az országos átlag kétszerese.<sup>3</sup>

Az egészséggel összefüggő életminőség összetett módon tárja fel a társadalmi-gazdasági és a területi egyenlőtlenségeket, de egyúttal lehetőséget ad az objektív és a szubjektív összetevők értelmezésére is. Ez az oka annak, hogy a jóllét budapesti vizsgálata elsősorban az egészséggel összefüggő életminőségre fókuszál, és célja a fővárosi lakosság egészségi állapotának és a helyi egészségügyi szolgáltatások főbb ismérveinek és térbeli vonatkozásainak az áttekintése.

A fejezetben – az életminőséggel kapcsolatban használt fogalmak után – áttekintjük a budapestiek egészségi állapotát úgy is, ahogyan a statisztikai mutatók alapján jellemezhető (objektív egészség), és úgy is, ahogyan az egyén megéli azt (szubjektív egészség). A közelmúlt eseményeit tekintve kitérünk a koronavírus-járvány Budapesttel összefüggő jellemzőinek bemutatására is. Ezt követően elemezzük az egészségügyi ellátás sajátosságait, különös tekintettel a fővárosi magánegészségügyi szolgáltatásokra. Mindegyik esetben elhelyezzük a fővárost az országon belül, részben a megyékkel, részben a régiókkal összehasonlítva. Ahol lehetséges, megvizsgáljuk Budapest belső térbeli folyamatait kerületi földrajzi léptéken.

## 1. Az életminőség, az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalma, jellemzői

Az életminőség fogalmát egyre gyakrabban alkalmazzák a jóllét minél szélesebb körű értelmezésében. Ebből arra lehet következtetni, hogy a társadalmak értékrendjében egyre fontosabbá válik, hogy az egyén mennyire tud társadalmi-gazdasági közegében minél kiteljesedtebb, azaz minőségibb életet élni. A fogalom egyfajta szemléletváltást tükröz, mert a gazdasági célok helyett az egyén, illetve a társadalmi csoportok életminőségét helyezi a középpontba.<sup>4</sup> Ekkor merül fel a kérdés, hogy vajon a gazdaság az elsődleges, vagy a gazdaság van az emberekért.

Az, hogy mit is jelent a minőségi élet (és így az életminőség), értelmezés kérdése, rendkívül sok szakirodalom foglalkozik vele mind nemzetközi, mind hazai vonatkozásban. Ebből adódóan nincs egységes, mindenki által elfogadott meghatározás (mint például az egészség WHO-definíciójánál), hanem inkább megközelítések léteznek. E megközelítések nagyban függenek attól is, hogy mely tudomány vizsgálja, hiszen az életminőség-kutatások meglehetősen multidiszciplinárisak. A teljesség igénye nélkül foglalkozik vele

<sup>3</sup> *Területi Statisztikai Évkönyv, 2019.* Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021. 106.

<sup>4</sup> Csébi Márk: A budapesti kerületek életminőségének területi egyenlőtlenségei. In Berkes Judit – Kecskés Petra (szerk.): *„Távol és közel, az elmúlt 25 év területi folyamatai, szerkezetei, intézményei, ahogy az új generáció látja.”* Győr, Széchenyi István Egyetem Regionális- és Gazdaságtudományi Doktori Iskola, 2015. 28.; Csébi Márk: Az életminőség kutatása városi terekben. *Településföldrajzi Tanulmányok*, 5. (2016), 3–4. 51.

a közgazdaságtan, az orvostudomány, a szociológia, a földrajztudomány és a pszichológia is.<sup>5</sup> E széles körű érdeklődés nem új keletű, hiszen problematikája Arisztotelészig (boldogságként értelmezve) nyúlik vissza, mégis az utóbbi évtizedek fogyasztásorientált, az anyagi javak megszerzésére irányuló világában került a középpontba. Bár az Amerikai Egyesült Államokban már a két világháború között folytak erre irányuló tudományos kutatások, a társadalom és a politika csak később, az 1960-as években kezdett vele foglalkozni, és igazából ez az az időszak, amikor a kutatások száma is növekedni kezdett.<sup>6</sup> E vizsgálatok számos definíciót alkottak, és különféle modellek segítségével próbálták érzékeltetni, hogy az életminőség mely elemét gondolják hangsúlyosabbnak, szem előtt tartva, hogy az életminőséget mindig az egyén és környezete viszonyrendszerként célszerű értelmezni.<sup>7</sup> Ebből az következik, hogy bármelyik megközelítés vagy modell is a kiindulópontja a definícióknak, közös bennük, hogy megkülönböztetik az életminőség objektív, illetve szubjektív jellemzőjét: „Az életminőség az emberi létet meghatározó objektív tényezők és azok szubjektív tükröződésének együttes vetülete.”<sup>8</sup> Ez alapján az életminőségnek létezik egy objektív pillére, amit „jóllét”-ként lehet definiálni, illetve egy szubjektív pillére, amit „jóllét”-ként lehet értelmezni.<sup>9</sup> Más aspektusból objektív és szubjektív életminőséget különítenek el, ahol az objektív elem a különféle statisztikai mutatókkal jellemezhető, a szubjektív pedig az egyén értékelése saját állapotáról.<sup>10</sup> Az is lényeges az objektív-szubjektív fogalompáros használatánál, hogy az életminőséget mely aspektusból közelítik meg. Az egészséget középpontba állító kutatások<sup>11</sup> olyan tényezőket vizsgálnak, amelyek az egészségi állapotra vagy annak megélésére utalnak, azok viszont, amelyek az életminőségre ható tényezőkre fókuszálnak,<sup>12</sup> a települési, infrastrukturális, környezeti tényezőket kutatják.<sup>13</sup>

Az életminőségre – megközelítéstől függően – számos tényező gyakorol hatást: az egyén jellemzői, különféle társadalmi-gazdasági sajátosságok, az egészségi állapot, illetve a környezet. Tanulmányunkban szűkebb értelemben az egészséggel összefüggő életminőséget alapvetően az egészségi állapot objektív és szubjektív, valamint az egészségügyi ellátás jellemzőin keresztül vizsgáljuk. Tágabb értelemben az életminőséget a társadalmi-gazdasági, politikai, környezeti, kulturális stb. tényezők segítségével definiáljuk (*1. ábra*).

<sup>5</sup> Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Medicina Kiadó, 2006. 6.; Michalkó Gábor: *Boldogító utazás. A turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai*. Budapest, MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, 2010. 18.

<sup>6</sup> Michalkó (2010): i. m. 18.

<sup>7</sup> Izsák Éva – Probáld Ferenc – Uzzoli Annamária: *Természeti adottságok és életminőség Budapesten*. In Szabó Valéria et al. (szerk.): *IV. Magyar Földrajzi Konferencia*. Debrecen, Debreceni Egyetem, 2008. 265.

<sup>8</sup> Michalkó (2010) i. m. 19.

<sup>9</sup> Michalkó (2010) i. m. 21.

<sup>10</sup> Utasi Ágnes (szerk.): *Az életminőség feltételei*. Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete, 2007. 10.

<sup>11</sup> Kopp–Kovács (2006): i. m. 11.

<sup>12</sup> Egedy Tamás: *Városrehabilitáció és életminőség*. Budapest, MTA Földrajztudományi Kutató Intézet, 2009. 22.

<sup>13</sup> Michalkó (2010): i. m. 20.



1. ábra: Az egészséggel összefüggő életminőség objektív és szubjektív jellemzői

Forrás: a szerzők szerkesztése

E fogalmi keretekhez igazodva a kutatások folyamatosan keresik azokat az indikátorokat, mutatókat, amivel a minőségi élet kifejezhető nem kifejezetten az egyénre, hanem a társadalomra és az egyes társadalmi csoportokra alkalmazva. Az indikátorok célja azonban nemcsak az egyes társadalmi csoportok közti különbségek elemzése, hanem – mivel a társadalom térben is differenciált – a térbeli vagy területi különbségek, egyenlőtlenségek megjelenítése is.<sup>14</sup> Az életminőség területi-társadalmi egyenlőtlenségei lényegében mindenféle földrajzi léptékben vizsgálva megjelennek: globálisan, makro-regionálisan (nemzetállamoknál nagyobb térbeli egységekben, mint például az Európai Unió), országokon belül, és akár városrégió vagy városon belül – így Budapesten belül is,<sup>15</sup> avagy a nagyvárosi régióban.<sup>16</sup> Az indikátorok kezdetben inkább a jólétre, azaz az életkörülményekre koncentráltak (svéd modell), és objektív mutatókból építkeztek, majd fokozatosan kerültek előtérbe az életminőséggel és a jólléttel kapcsolatos szubjektív mérési lehetőségek is.<sup>17</sup>

Bár nehéz a sokdimenziós életminőség definíció közül kiválasztani egy elemet, mégis a számos megközelítés közül az egészséggel kapcsolatos életminőség képezi talán a leglényegesebb elemet, hiszen az egészség, annak háttere, az ellátáshoz való hozzáférhetőség

<sup>14</sup> Papp Sándor – Nagy Gyula – Boros Lajos: A kedvezményezett települések objektív életminőség alapján történő lehatárolási lehetőségei. *Területi Statisztika*, 57. (2017), 6. 642.

<sup>15</sup> Csébi (2016): i. m. 57.

<sup>16</sup> Szirmai Viktória (szerk.): *A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé*. Székesfehérvár, Kodolányi János Főiskola, 2015. 205.

<sup>17</sup> Bukodi Erzsébet: Társadalmi jelzőszámok – elméletek és megközelítések. *Szociológiai Szemle*, 11. (2001), 2. 39.

az egyik alapja mindannak, ami a jólléthez, annak teljességéhez szükséges, és az első hazai életminőség-kutatások is jórészt erre fókuszáltak. Az egészség hiánya, illetőleg a rossz egészségi állapot meggátolja az egyént abban, hogy az életminőség többi dimenziója kiteljesedhessen.<sup>18</sup> Az egészséggel kapcsolatos életminőség elsőként az egészségtudományokban került a figyelem középpontjába, és ez szorosan összefügg az egészség értelmezésével. Az egészséghöz fűződő viszony egyrészt kulturálisan is meghatározott, így az orvoslás is korszakonként és kultúránként eltérően viszonyul ahhoz, hogy mit tekint egészségnek. A modern, nyugati orvostudomány fejlődésével háttérbe szorult a fertőző megbetegedések okozta halálozás, kitolódott a születéskor várható élettartam. Egyre lényegesebbé vált, hogy a hosszabb életet minél inkább egészségesen tudják eltölteni az emberek. Így, míg korábban egészségesnek azt tekintették, ha valakinél kizárható volt valamilyen betegség (a betegség hiányát), addig a 20. században előtérbe került az is, hogy az egyén – fizikai állapotán túl – mennyire tud teljes életet élni. A korábbi szemléletet tükrözi a biomedikális modell, ami alapvetően objektív, az emberi testet helyezi középpontba, addig az utóbbit a bio-pszicho-szociális modell, ami már a test fizikai állapota mellett a lelki állapotot és a társadalmi környezetet szintén fontosnak tartja, és lényegében kifejezi az elmozdulást az életminőség-szemlélet felé, és kifejezi azt is, hogy a modern orvoslás feladatai is átalakultak.<sup>19</sup>

A nagyvárosok, így Budapest népességének életminőségét is alapvetően határozza meg az egészségük. A legtöbb európai nagyváros egészségindikátorai kedvezőbbek a vidéki térségeknél, de mivel nagyon összetettek, ezért igen nagyok a differenciák is, amelyek szoros összefüggést mutatnak más életminőség-mutatókkal.<sup>20</sup> Mindezekre tekintettel tanulmányunkban az egészséggel kapcsolatos életminőséget helyezük a középpontba.

Igen lényeges kérdés az, hogyan lehet mérni az egészséggel kapcsolatos életminőséget. Ebben szerepet kapnak objektív indikátorok, amelyek klasszikusan a halálozással és a megbetegedésekkel kapcsolatos statisztikák segítségével mérhetők, de olyanok is, amelyek az egyén egészségi állapotának szubjektív megítélését mutatják be.<sup>21</sup>

## **2. A jólét és a jóllét arcai Budapesten – az életminőség objektív és szubjektív elemei**

Tágabb értelemben az egészséggel összefüggő életminőség, szűkebb értelemben az egészségi állapot mérése egyrészt objektív tényezőkön, másrészt az egészség szubjektív véleményén alapul. Az előbbi esetben különféle statisztikai mutatószámok állnak rendelkezésre, az utóbbi esetben pedig lakossági felmérések segítenek az egészségérzet értékelésében.

<sup>18</sup> Kopp–Kovács (2006): i. m. 12.

<sup>19</sup> Kopp–Kovács (2006): i. m. 11.

<sup>20</sup> Csébi (2016): i. m. 63.

<sup>21</sup> Tokaji Károlyné – Faragó Miklós – Boros Julianna: Objektíven szubjektív. *Statisztikai Szemle*, 89. (2011), 7–8. 771.

## 2.1. Az egészséggel kapcsolatos életminőség objektív elemei

Az egészséggel összefüggő életminőség objektív oldalával összefüggő mutatók alapját a halálozások (mortalitás), illetve a különféle egészségügyi statisztikában megjelenő megbetegedési adatok (morbilitás) adják. A legtöbb következtetést a mortalitási statisztikák alapján lehet levonni.

Magyarország népességének egészségi állapota az 1960-as évektől kezdett romlani. Kialakult, és az 1990-es évek közepén elmélyült az úgynevezett „epidemiológiai válság”, ami azt jelenti, hogy az 1960-as évekig hazánk (akárcsak a többi kelet-közép-európai ország) helyzete hasonló volt a fejlett, illetve a közepesen fejlett országokéhoz, azonban azt követően a halandósági viszonyok és az egészségi állapot romlani kezdett. A folyamat során a legrosszabb mutatók 1993-ban voltak mérhetőek. Ezt követően az életkilátások javulása volt megfigyelhető, amelyre egyaránt hatást gyakorolt az életmód változása, illetve az orvostudomány új eredményeinek alkalmazása is. Ugyanakkor az ország még így is jócskán elmaradt az európai uniós átlagtól.<sup>22</sup> A 2000-es évek során lassan javultak az életésélyek, de a lemaradás – ezidáig – stabilizálódott.

Az epidemiológiai válság Budapestet is érintette, bár az ország többi területéhez képest kevésbé, hiszen jelenleg is a főváros népességének objektív egészségi állapota a legkedvezőbbek közé tartozik: a halálozási és a megbetegedési mutatók jóval kedvezőbbek – és korábban is jobbak voltak – az országosnál.<sup>23</sup>

Ugyanakkor a várostérségen és a városon belüli egyenlőtlenségek Budapest esetében is meglehetősen nagyok, így egyfajta kétarcúság figyelhető meg: egyrészt az életésélyek, és néhány más egészségmutató a város egészére vetítve az egyik legjobb az országban, addig a fővároson belül található azok a térségek, amelyek például a daganatos halálozásban országosan is a legkedvezőtlenebbek, és a kerületek közti különbségek is nagymértékűek.<sup>24</sup> Mindez a nagyváros szerkezetének összetettségével,<sup>25</sup> és társadalmának sokszínűségével, térbeli egyenlőtlenségeivel függ össze. A belső egyenlőtlenségek egy része stabilitást mutat: vannak olyan kerületek, amelyek a legtöbb objektív egészségindikátor alapján is hosszú idő óta a legjobbak vagy a legrosszabbak közé tartoznak (például tartósan kedvező a II. kerület helyzete, és tartósan kedvezőtlen például a X. kerületé), de az utóbbi évtizedben talán több az átalakulóban lévő, „pozícióváltó” kerület. Mindemellett

<sup>22</sup> Józán Péter: Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. *Statisztikai Szemle*, 72. (1994), 1. 7.; Józán Péter: A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 48. (2002), 4. 424.; Pál Viktor et al.: Életkörülmények, életminőség. Az életkörülmények és az életminőség emberi oldala. In Kocsis Károly et al. (szerk.): *Magyarország Nemzeti Atlasza. III. Társadalom*. Budapest, Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, 2021a. 151.

<sup>23</sup> Uzzoli Annamária: Az egészségi állapot területi különbségei a közép-magyarországi régióban. *Területi Statisztika*, 48. (2008), 3. 357.; Uzzoli Annamária: A Közép-Magyarországi régió egészségügyi helyzete. In Csiszér Zoltán (szerk.): *Közép-Magyarországi régió*. I. kötet. Budapest, Csiszér Kiadó, 2010. 425.; Ádány Róza (szerk.): *Budapest egészségi terve 2012*. Debrecen, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar, 2012. 6.

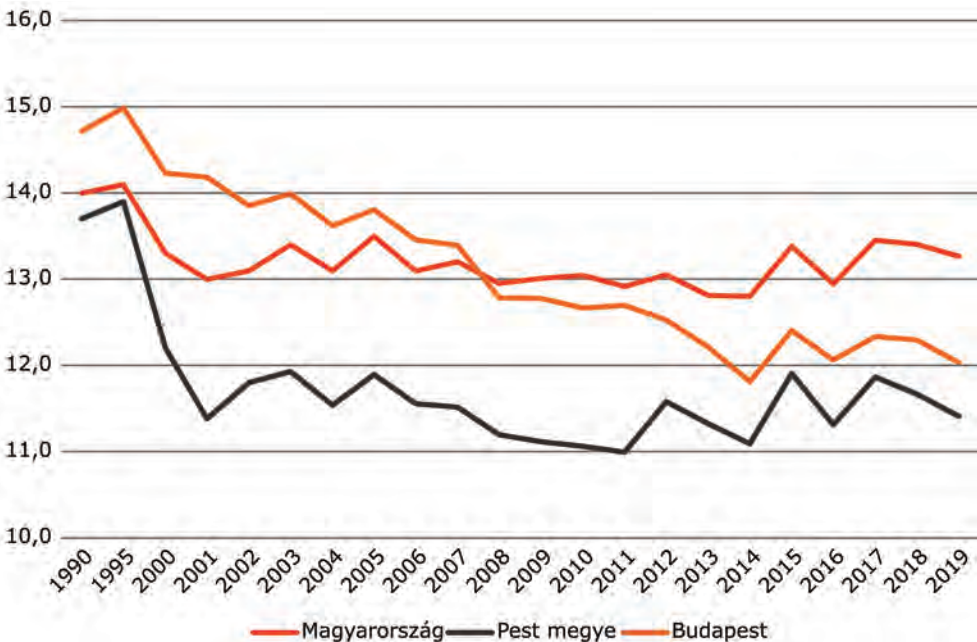
<sup>24</sup> Uzzoli (2008): i. m. 365.; Uzzoli (2010): i. m. 424.

<sup>25</sup> Csapó Tamás – Lenner Tibor: *Budapest településmorfológiája*. Szombathely, Savaria University Press, 2015. 64.

az egészségi állapotot jellemző mutatók szoros összefüggést mutatnak a társadalmi helyzet más indikátoraival (például iskolázottság).<sup>26</sup>

A halálózási viszonyok leggyakrabban alkalmazott jelzőszáma a nyers halálózási arányszám, ami nagymértékben függ a korösszetételtől. Miután Budapest öregedési indexe 2019-ben az egyik legmagasabb volt az országban: 156,8%, szemben az országos 136,6%-os értékével,<sup>27</sup> így a nyers halálózási arányszám is magas. Míg 2019-ben az országos 13,3‰, addig Budapesten – az időskorú népesség magas aránya ellenére – 12,0‰.<sup>28</sup> Ez arra enged következtetni, hogy a főváros lakói összességében egészségesebbek. Budapesten a halálózás időbeli változása is kedvező folyamatokat mutatott, folyamatos a csökkenés önmagában és az országgal összevetve is (2. ábra). Budapest halálózási rátája 2007-ig magasabb volt az országos átlagnál, majd a további és erőteljes csökkenés következtében azóta is folyamatosan alacsonyabb, az olló folyamatosan nyílik a főváros javára. Pest megye viszont mindvégig kedvezőbb értékekkel rendelkezett az agglomerációs települések társadalmi sajátosságai miatt.

A kerületek nyers halálózási rátájának földrajzi megoszlása részben követi az öregezési index alakulását, azonban több helyen el is tér attól (3. ábra).

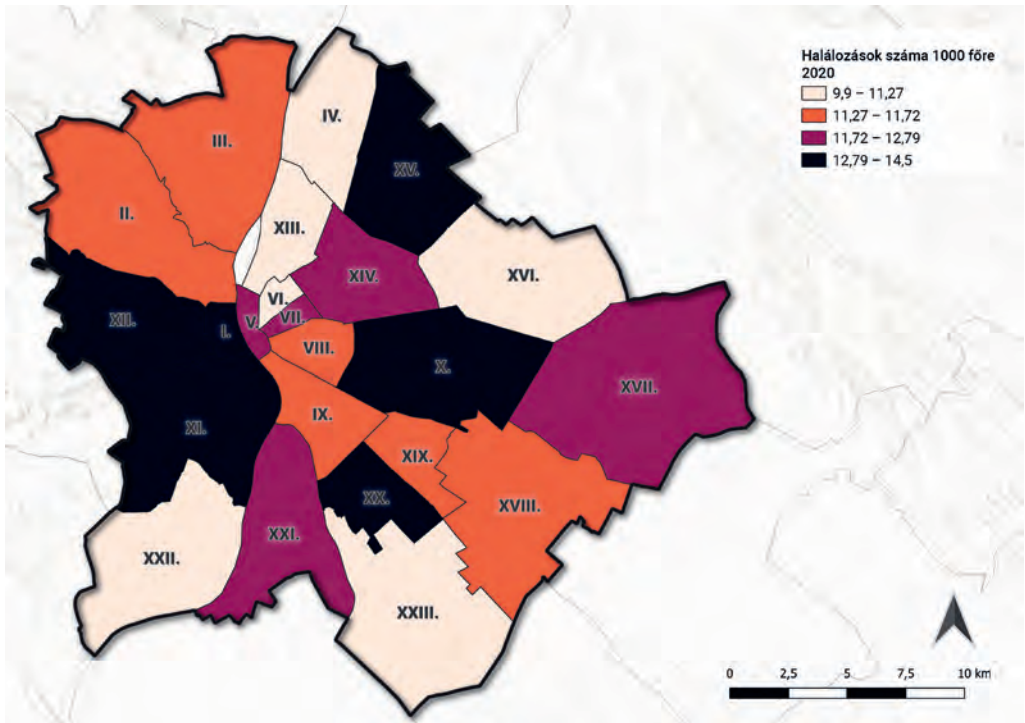


2. ábra: Az ezer lakosra jutó halálozások számának időbeli változása Magyarországon és Budapesten  
 Forrás: Budapest Statisztikai Évkönyve, 2019 (2021): i. m. alapján a szerzők szerkesztése

<sup>26</sup> Ádány (2012): i. m. 22.

<sup>27</sup> Területi Statisztikai Évkönyv, 2019 (2021): i. m. 15.

<sup>28</sup> Budapest Statisztikai Évkönyve, 2019 (2021): i. m. 28.



3. ábra: Az ezer lakosra jutó halálozások száma Budapest kerületeiben 2019-ben

Forrás: Budapest Statisztikai Évkönyve, 2019 (2021): i. m. alapján a szerzők szerkesztése

A korszerkezetből adódó különbségeket küszöböli ki a standardizált halálozási ráta. E tekintetben Budapest (és városrégiója) az egyik legkedvezőbb helyzetben van Magyarországon belül (2019), és megfigyelhető, hogy az agglomerációhoz tartozó járáások a budai oldalon mutatják a jobb értékeket. Budapest ugyan nem az első e tekintetben, de ha a kerületeket is figyelembe vesszük, akkor az I., II., V. és a XII. kerület vezet az országos listát. Ugyanakkor országosan is a legkedvezőtlenebbek között találjuk a XXIII. kerületet.<sup>29</sup>

A halál okai Budapesten hasonlóak a magyarországi átlaghoz. A halálozások csaknem felét itt is a keringési rendszer betegségei, illetve körülbelül egynegyedét a daganatos megbetegedések adják. Eltérés, hogy kismértékben ugyan, de mindkét haláloknál magasabb részesedésük az összes halálozásból. Ugyanez mondható el a légzőrendszer és az emésztőrendszer betegségeiből eredő halálesetekről is. Ugyanakkor a halálozás külső okai (például balesetek, öngyilkosság) vagy a fertőző és élősdiek okozta megbetegedések miatt bekövetkező halálozás kisebb arányt képvisel (1. táblázat). Budapestet összevetve a járáásokkal viszont már nagyobb eltérések tapasztalhatók. Számos járás

<sup>29</sup> Pál et al. (2021a): i. m. 151.

arányai térnek el az országos átlagtól: például a keringési rendszer betegségei sokkal kisebb arányt mutatnak a Pécsi vagy a Miskolci járásban. Budapest szempontjából is tanulságos, hogy a környező járások e tekintetben hogyan alakultak 2019-ben. Általában a Budapesttől nyugatra elhelyezkedő járásoknál alacsonyabb a keringési rendszer betegségeiből bekövetkező halálozás részesedése az összes halálesetből (legalacsonyabb az Érdi járásban), míg a keletre fekvő járásokban vagy magasabb a budapestinél, vagy közel azonos.<sup>30</sup>

1. táblázat: A halálozás a halál okai szerint Magyarországon és Budapesten az összes halálozás %-ában a kiemelt halálokok szerint 2019-ben

A halálozás okai	Budapest (%)	Magyarország (%)
A keringési rendszer betegségei	49,84	49,08
Daganatos betegségek	26,06	25,18
A légzőrendszer betegségei	6,61	6,42
Az emésztőrendszer betegségei	5,03	4,90
A morbiditás és mortalitás külső okai	3,32	4,17
Fertőzés és elősdiék okozta megbetegedések	0,47	0,53
Egyéb okok	8,68	9,72
Összesen	100,00	100,00

Forrás: Budapest Statisztikai Évkönyve, 2019 (2021): i. m. alapján a szerzők szerkesztése

A halandóság alapján leggyakrabban számított, az életesélyeket bemutató, és így egészséggel összefüggő életminőség gyakran alkalmazott mérőszáma a születéskor várható átlagos élettartam, ami az 1993-as mélypontot követően folyamatosan, de mérsékelt ütemben növekedett az ország egészében mind a férfiak, mind a nők esetében.

2. táblázat: A születéskor várható átlagos élettartam időbeli változása nemek és megyék szerint

Területi egység/Év	Férfiak			Nők		
	2001	2012	2020	2001	2012	2020
Budapest	69,28	73,58	74,34	76,52	79,23	79,85
Bács-Kiskun	67,41	70,96	71,79	76,73	78,22	78,34
Baranya	68,20	70,99	72,45	75,63	78,12	79,14
Békés	68,84	71,06	71,21	76,60	77,54	77,87
Borsod-Abaúj-Zemplén	66,59	68,95	69,66	76,10	76,76	77,10

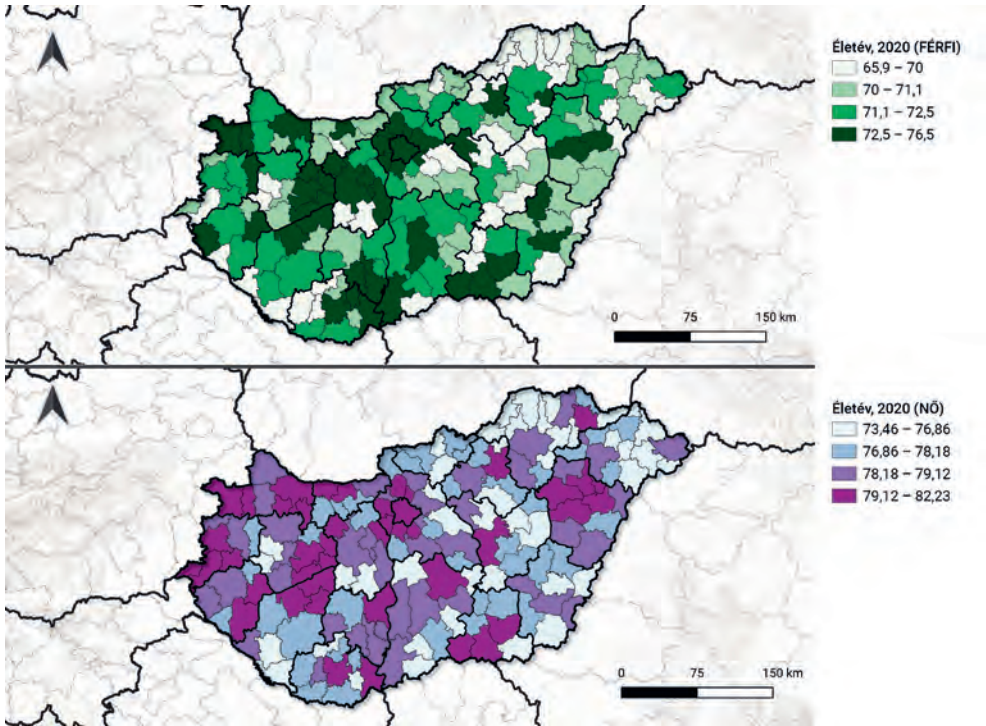
<sup>30</sup> Pál et al. (2021a): i. m. 151.

Területi egység/Év	Férfiak			Nők		
	2001	2012	2020	2001	2012	2020
Csongrád-Csanád	68,68	71,50	73,21	76,56	78,78	79,22
Fejér	68,54	71,47	72,38	76,41	78,36	78,42
Győr-Moson-Sopron	69,48	71,95	73,08	78,04	78,71	79,44
Hajdú-Bihar	68,04	71,83	72,37	76,63	79,23	79,75
Heves	66,77	70,78	71,11	76,78	78,03	78,10
Jász-Nagykun-Szolnok	67,43	70,55	70,55	76,25	77,62	77,61
Komárom-Esztergom	67,95	70,27	70,73	76,25	77,57	78,36
Nógrád	67,14	70,47	70,38	75,97	77,71	76,90
Pest	68,68	71,94	72,74	76,54	78,22	78,83
Somogy	67,28	70,29	71,72	75,39	78,07	78,33
Szabolcs-Szatmár-Bereg	65,78	70,05	70,70	75,74	78,26	77,50
Tolna	67,96	71,88	72,32	76,57	78,85	78,42
Vas	68,84	70,66	71,61	77,12	78,25	79,20
Veszprém	69,01	71,70	72,41	76,08	79,11	79,15
Zala	68,24	71,84	72,33	76,83	78,96	79,15
Ország összesen	68,15	71,45	72,21	76,46	78,38	78,74

*Forrás: Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor nem, megye és régió szerint. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, (é. n.).*

E tekintetben Budapest – a megyék viszonylatában – mindig is a legkedvezőbb értékkel rendelkezők között kapott helyet mind a férfiak, mind a nők esetén. Egy 2020-ban született budapesti férfi 74,34 életévre számíthatott az országos 71,45 életévhez képest. A legkedvezőtlenebb helyzetben Nógrád megye volt (70,38 életév): így köztük 3,96 év a különbség. Ugyanebben az évben a nők születéskor várható élettartama Budapesten 79,85 életév volt (országosan 78,74 év), és a legkevesebb Nógrád megyében (hasonlóan a férfiakhoz) 76,9 év, viszont a különbség kisebb, mint a férfiaknál (2,95 év) (2. táblázat).

Budapestet a járásközött elhelyezve még nagyobb területi különbségek rajzolódnak ki, de Budapest itt már egyik nemnél sincs vezető helyen, noha így is a legkedvezőbb kategóriában van (4. ábra). Férfiak esetében a 11. helyen, nőknél a 20. helyen szerepelt 2020-ban. (Meg kell jegyezni, hogy járásonként vizsgálva férfiaknál több mint 10 év, nőknél közel 9 év a különbség a legjobb és a legrosszabb életesélyekkel rendelkezők között.) A Budapest városrégiójához tartozó járásközök is a legkedvezőbb kategóriába esnek, különösen a férfiaknál (4. ábra). 2012-höz képest Budapest pozíciói javultak a járásközök viszonylatában az életesélyek terén mind a férfiaknál, mind a nőknél.



4. ábra: A férfiak és a nők születéskor várható átlagos élettartama járásonként 2020-ban

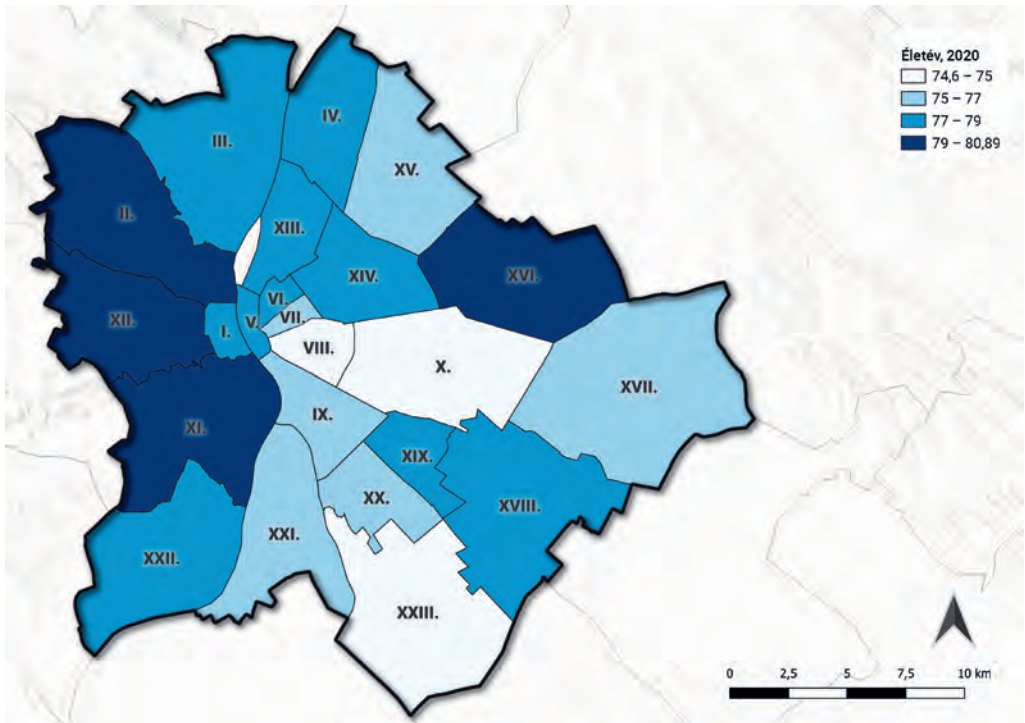
*Forrás:* A Központi Statisztikai Hivatal „A születéskor várható átlagos élettartam Magyarország járásaiiban, 2020-ban” egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállománya alapján a szerzők szerkesztése

A járásközi összehasonlítások rámutatnak arra, hogy Budapesten belül is nagyok a területi különbségek az életeresélyekben, amelyet már az 1980-as évek kutatásai is kimutattak.<sup>31</sup> A különbségek azóta mérséklődtek, és területi mintázatuk is módosult. 2020-ban (a teljes népességet figyelembe véve) a legjobb életkilátásokkal a II. kerület lakói rendelkeztek (80,89 életév), a legrosszabbal pedig a X. kerületben élők 74,6 életévvel. A férfiaknál a két pólust ugyancsak a II. és a X. kerület jelenti, azonban a nőknél a legkedvezőtlenebb helyzetet a XXIII. kerületben, igaz, az utolsó előtti itt is a X. kerület. A II. kerület minden tekintetben a legjobb életeresélyekkel rendelkezik országos (járás) összehasonlításban is (5. ábra).

Az életeresélyek térbeli mintázatai hagyományosan és napjainkban is mutatnak egy sémát (kedvezőbbek a budai oldal kerületei, mint a pesti oldalé), azonban ez – párhuzamosan a nagyváros és társadalma folyamatos térbeli változásával – az utóbbi években átalakult 2012-höz képest.

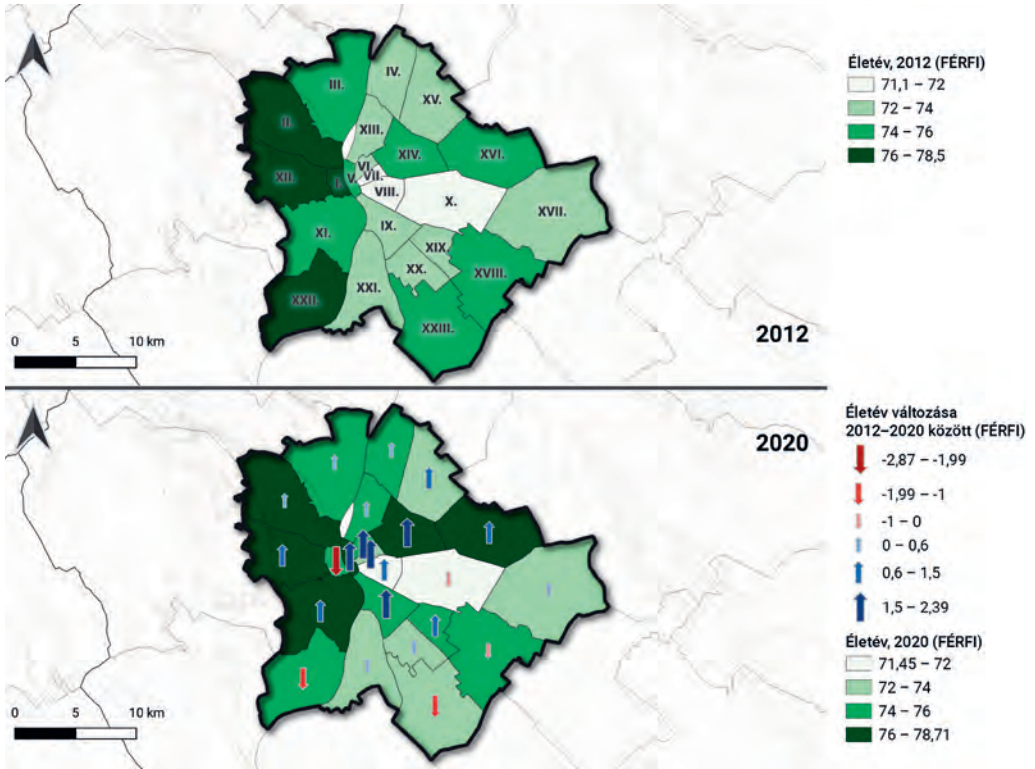
<sup>31</sup> Józán (1986): i. m. 199.

A férfiak esetében a II. és XII. kerület őrzi kedvező helyzetét, sőt itt növekszik is a születéskor várható átlagos élettartam. Az I. kerületben viszont erősen csökken, de a XXII. és XXIII. kerületben is. Ez utóbbi – egyébként hagyományosan is rossz – helyzete tovább romlik, akárcsak a VIII. kerületé, bár ott kisebb a visszaesés. Ezzel szemben a pesti oldal északi kerületei, de különösen a XIV. és a XVI. kerület lakóinak életésélyei sokat javultak a szűk évtized alatt (6. ábra).



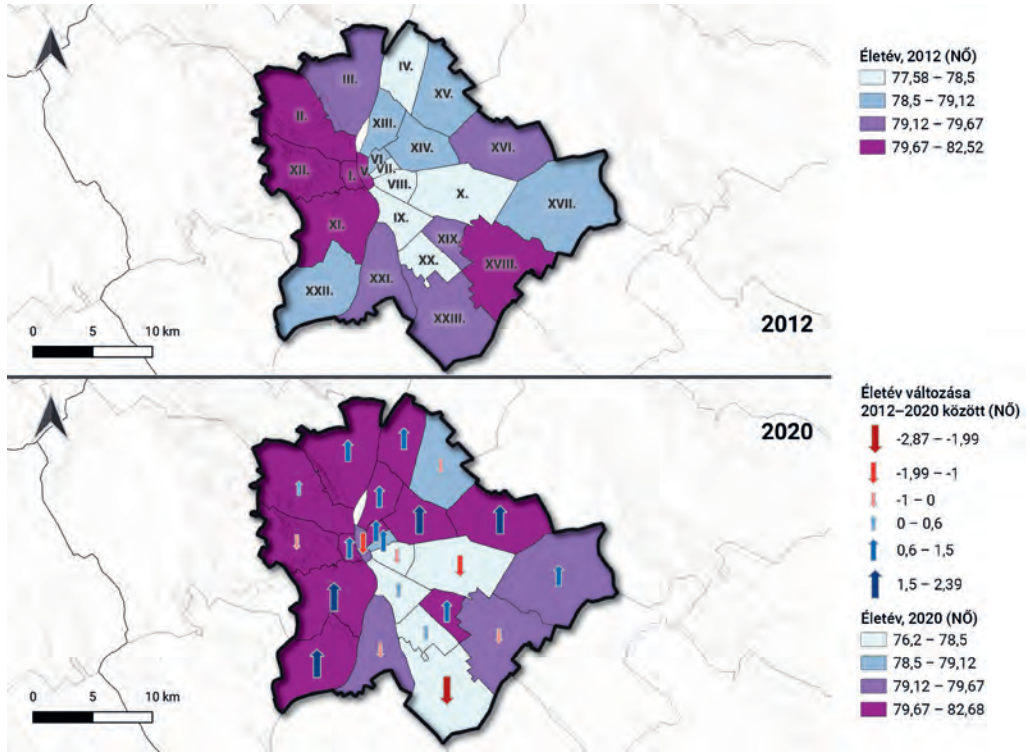
5. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam Budapest kerületeiben 2020-ban

Forrás: A Központi Statisztikai Hivatal „A születéskor várható átlagos élettartam Magyarország járásaiban, 2020-ban” egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállománya alapján a szerzők szerkesztése



6. ábra: A férfiak születéskor várható átlagos élettartama Budapest kerületeiben 2012-ben és 2020-ban  
 Forrás: A Központi Statisztikai Hivatal „A születéskor várható átlagos élettartam Magyarország járásaiban, 2020-ban” egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállománya alapján a szerzők szerkesztése

A nők életésélyeinek Budapesten belüli térbeli mintázata és annak átalakulása sok tekintetben megegyezik a férfiakéval (például az I., a X. és a XXIII. kerület adatainak romlása, vagy a XVI. és XIV. kerület javulása), azonban itt 2020-ra a legkedvezőbb kategóriákban lévő kerületek kiterjedtek, és a budai kerületek (két kivétellel) javultak (7. ábra).



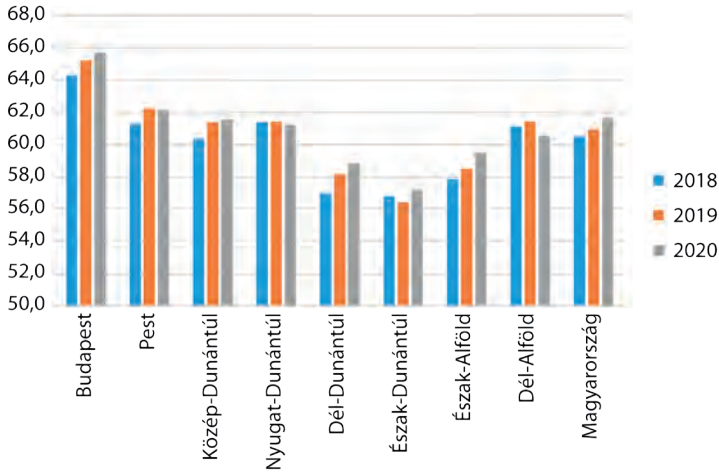
7. ábra: A nők születéskor várható átlagos élettartama Budapest kerületeiben 2012-ben és 2020-ban  
 Forrás: A Központi Statisztikai Hivatal „A születéskor várható átlagos élettartam Magyarország járásaiban, 2020-ban” egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállománya alapján a szerzők szerkesztése

Mindkét nem esetében lényeges az I., a X. és a XXIII. kerület életesélyeinek erőteljes romlása, illetve a XIV. és XVI. kerület javulása. E folyamatokat sokféle tényező indukálhatja, amelyekben szerepe van a városi társadalom kicserélődésének, a dzsentifikációnak, a városrehabilitációnak és mindezekkel együtt a belső vándorlásnak, az egyes kerületek korösszetétel-változásának.<sup>32</sup>

A születéskor várható átlagos élettartam mellett a születéskor egészségesen várható élettartam is jó indikátora az egészséggel összefüggő életminőségnek. Regionális összevetésben Budapest lakói számíthatnak a legtöbb egészséges életévre születésükkor, és ez 2018–2020 között növekedett is mind a férfiak, mind a nők esetében (8–9. ábra).

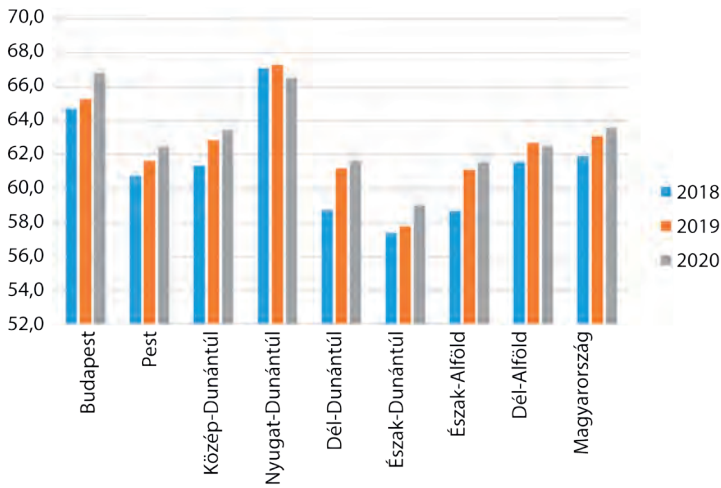
<sup>32</sup> Kovács Zoltán – Dövényi Zoltán: Budapest és térsége. In Kocsis Károly et al. (szerk.): *Magyarország Nemzeti Atlasza. III. Társadalom*. Budapest, Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, 2021. 135.

A jóllét arcai. Az egészséggel összefüggő életminőség Budapesten



8. ábra: A férfiak születéskor várható egészséges élettartama 2018–2020

Forrás: Egészségesen várható élettartam régió szerint. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, (é. n.) alapján a szerzők szerkesztése



9. ábra: A nők születéskor várható egészséges élettartama 2018–2020

Forrás: Egészségesen várható élettartam régió szerint (é. n.): i. m. alapján a szerzők szerkesztése

## 2.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség szubjektív elemei

A szubjektív jóllét alapvető fontosságú az életminőségben, hisz számos információt szolgáltat a népesség élet-, lakás- és munkakörülményeinek közvetlen és áttételes hatásainak egyéni megítéléséről. Az egészségi állapot önértékelése, vagyis az emberek véleménye saját egészségi állapotukról (vélt egészség) nem feltétlenül egyezik meg tényleges – objektíven mért – egészségi állapotukkal. A szubjektív egészség függ az egyén iskolai végzettségétől, foglalkozásától, jövedelmétől, lakóhelyétől.<sup>33</sup>

A szubjektív jóllét az élet megélt minőségét értelmezi és méri, aminek fontos része többek között a mentális egészség, a pozitív érzelmek megléte/hiánya és a társas kapcsolatok.<sup>34</sup>

Általában igaz, hogy a kedvezőbb társadalmi és gazdasági helyzetben lévők, a városias környezetben élők, a jobb egészségi állapottal rendelkezők előnyösebben ítélik meg saját egészségi állapotukat, gyakrabban tapasztalnak meg pozitív érzelmi állapotokat, és körükben lényegesen alacsonyabb a depressziós tünetekkel élők aránya.<sup>35</sup>

A 2019. évi európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) részét képezte a mentális egészség vizsgálata, amelyben hangsúlyosan jelent meg a boldogság mérése. Ennek során a felvételt megelőző két hétben tapasztalt pozitív – például vidám, jókedvű vagy nyugodt, ellazult vagy aktív, élénk stb. – érzelmi állapotok felmérése történt meg. A pozitív érzelmi állapot alacsony szintje különösen gyakori az Észak-Magyarországon élők körében, de második és harmadik helyen Budapest és Pest megye szerepelt az eredmények alapján (10. ábra). Ugyanennek a mutatónak a magas szintje leginkább Dunántúlon figyelhető meg, míg Észak-Magyarország, Budapest és Pest megye országosan szintén a rosszabb értékeket képviseli.

A korábbi, 2014. évi európai lakossági egészségfelmérésben a negatív érzések (például idegesség, magányosság, boldogtalanság) mérésére került sor. Az eredmények bizonyították, hogy Budapesten számottevően többen vannak, akiket a negatív érzések nem vagy kevésbé érintenek.<sup>36</sup>

Az országos egészségfelmérés a mentális állapotot a depresszió diagnosztizálásánál használt tünetek jelenlétére rákérdezve is vizsgálta. A kérdések a felvételt megelőző két hétben előforduló, különböző negatív érzelmi állapotokra (érdektelenség, szomorúság, rossz érzések önmagával kapcsolatban), koncentrációs nehézségekre, evéssel, alvással és mozgással kapcsolatos problémákra vonatkoztak. Magyarországon 2019-ben a legalább enyhe depresszióval küzdők aránya legmagasabb volt az Észak-Magyarországon élőknel (27%), ugyanakkor a Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb (16%), a falvakban 24%, Budapesten 23%, míg a megyeszékhelyeken lakók közt 18% volt.<sup>37</sup>

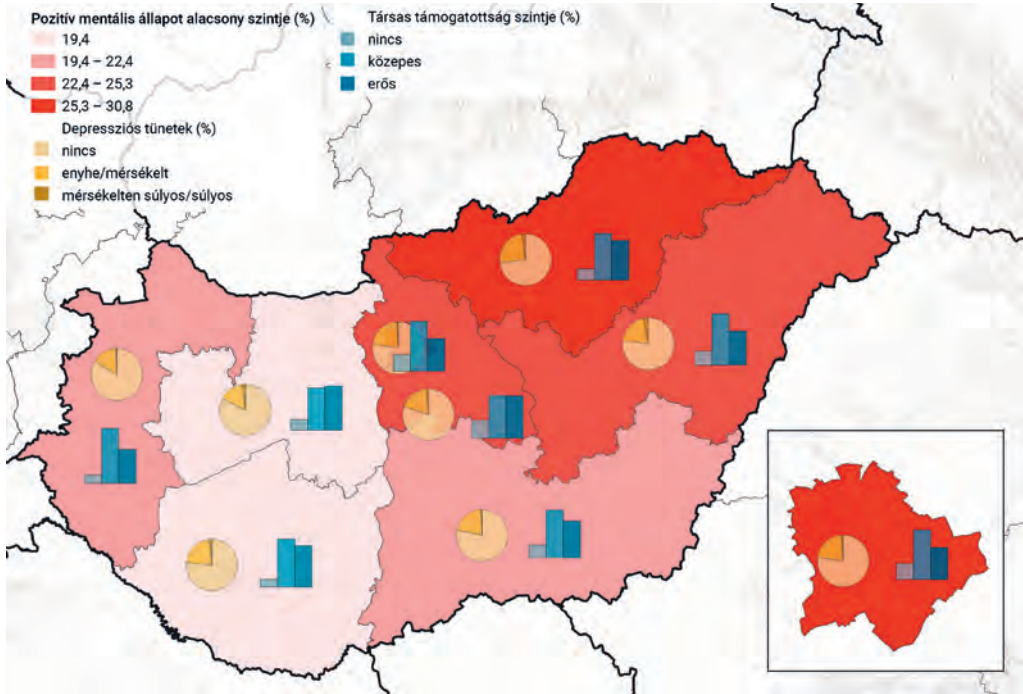
<sup>33</sup> Pál et al. (2021a): i. m. 153.

<sup>34</sup> KSH: Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 – Szubjektív jóllét, mentális egészség, 2019. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021c.

<sup>35</sup> Pál et al. (2021a): i. m. 153.; KSH (2021c): i. m.

<sup>36</sup> Pál et al. (2021a): i. m. 153.

<sup>37</sup> KSH (2021c): i. m.



10. ábra: A szubjektív jóllét és a mentális egészség mérése az európai lakossági egészségfelmérés keretében Magyarországi régióiban, 2019

Forrás: KSH (2021c): i. m. alapján a szerzők szerkesztése

A társas kapcsolatok minőségét az Európai Unió összes országára kiterjedő ELEF-felmérés egy összevont mutató segítségével méri három kérdés pontszámainak összegzésével. Ezek a következők: 1) mennyire érdekel másokat az, ami velünk történik; 2) hány olyan ember van, akihez személyes probléma esetén fordulhatunk; 3) mennyire könnyen kapunk segítséget szükség esetén a szomszédjainktól. A válaszok alapján az erős társas támogatottság aránya magas volt Közép-Dunántúlon, Pest megyében és a Dél-Dunántúlon, a gyenge társas támogatottság leginkább pedig a budapestiekét és a pesti régió lakosait jellemezte (3. táblázat).

A 2019. évi ELEF eredményei a szubjektív jóllét és a mentális egészség vonatkozásában részben ellentmondásokra világítottak rá Budapesttel kapcsolatban. A kedvezőbb társadalmi-gazdasági helyzet az országos átlagokhoz képest jobb objektív egészségi állapottal jár együtt, azonban a szubjektív jóllét nem feltétlenül a legelőnyösebb a fővárosban. A budapesti lakosok ugyan nem a legkedvezőbb módon értékelik saját szubjektív jóllétüket és társas támogatottságukat, ugyanakkor a mérsékeltén súlyos/súlyos depressziós tünetekről beszámolóik aránya itt a második legalacsonyabb az országban. A szubjektív jóllét önértékelése hasonlóan alakult Budapesten és Pest megyében, míg a másik két mutatószám esetében van némi eltérés a két terület között. Például Pest megyében kicsivel

többen számoltak be arról, hogy nincsenek depressziós tüneteik, míg a megyei lakosok közül jóval többen értékelték erősnek a társas támogatottságukat, mint a fővárosban.

3. táblázat: A pozitív mentális állapot, a depressziós tünetek és a társas támogatottság mérése az európai lakossági egészségfelmérés keretében Magyarország régióiban, 2019

Területi egység	Jóllét szintje (%)		Depressziós tünetek (%)			Társas támogatottság szintje (%)		
	Pozitív mentális állapot alacsony szintje	Pozitív mentális állapot magas szintje	Nincs	Enyhe / mérsékelt	Mérsékelt-től súlyos / súlyos	Gyenge	Közepes	Erős
Budapest	26,0	74,0	77,1	22,1	0,8	16,6	50,6	32,8
Pest	25,3	74,7	80,2	18,8	1,0	18,2	43,9	43,3
Közép-Dunántúl	19,4	80,6	82,4	15,6	2,0	11,0	43,5	45,5
Nyugat-Dunántúl	19,8	80,2	83,9	15,7	0,4	8,7	56,4	34,8
Dél-Dunántúl	19,4	80,6	76,7	21,7	1,6	8,1	49,4	42,5
Észak-Magyarország	30,8	69,2	73,1	24,6	2,3	11,5	47,9	40,7
Észak-Alföld	23,9	76,1	76,8	20,1	3,1	13,6	51,9	34,4
Dél-Alföld	22,4	77,6	78,2	21,0	0,8	13,4	49,0	37,6
Magyarország	23,7	76,3	78,4	20,1	1,5	12,5	49,1	38,4

Forrás: KSH (2021c): i. m.

A magyar népesség életminőségét és egészségi állapotát feltérképező országos reprezentatív felmérés, a Hungarostudy 2002 kérdőíve is tartalmazott már kérdéseket a szubjektív jóllétre vonatkozóan. Ezek alapján Budapest helyzetét a megyékkel összehasonlítva lehetett feltárni az ezredforduló Magyarországon. Négy vizsgált kérdéskör – jóllétindex, depresszió, szorongás, kimerültség – területi megoszlása alapján minden esetben a főváros az országos átlaghoz képesti jobb, sőt sokkal jobb szintje volt azonosítható.<sup>38</sup> Míg az ENSZ Egészségügyi Világszervezete által széles körben definiált jóllétindex szerint Budapest átlagos helyzete volt megfigyelhető a 2000-es évek elején, addig a további három mutató alapján a fővárosi értékek a legjobbak közé tartoztak az országban.<sup>39</sup>

A szubjektív jóllét Budapesten belüli különbségeinek megismeréséhez jelenleg nem állnak rendelkezésre teljes körű felmérések. Nem reprezentatív, néhány kerületet összehasonlító helyi vizsgálatok eredményeiből következtethetünk az eltérésekre és azok okaira. Az egyes kérdőíves adatfelvételek ugyan a szubjektív jóllét értelmezésében és mérési módszertanában különböznek egymástól, azonban hasonló tapasztalataik alapján körvonalazódnak azok a közös vonások, amelyek alkalmasak a kerületi különbségek értelmezésére és magyarázatára. Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy

<sup>38</sup> Kopp Mária – Skrabski Árpád – Székely András: Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Medicina Kiadó, 2006. 87.

<sup>39</sup> Kopp–Skrabski–Székely (2006): i. m. 87.

az iskolai végzettség, az anyagi helyzet (jövedelem), a munkaerőpiaci pozíció magasabb szintje befolyásolja az étellel való nagyobb fokú elégedettséget és a szubjektív jóllét pozitív értékelését.<sup>40</sup> A funkcionális övezetek belső tagozódása is számottevő módon hat az egészségi állapot szubjektív megítélésére: például a belvárosban, belső lakóövezetben vagy a lakóparkokban nagyobb arányban mutat elégedettséget, a hegyvidéken és a külső lakóövezetben átlagosan alakul, míg negatív irányban tér el a bérházas övezetben.<sup>41</sup>

### 3. Budapest mint fertőzési gócpont szerepe a Covid–19-járvány idején

A Covid–19-világjárványnak összesen öt hulláma alakult ki Magyarországon 2020. tavasz és 2022. nyár eleje között. Ezek területi megoszlását a hivatalos adatközlés alapján lehet vizsgálni, amelyet megyei és fővárosi szinten az összes igazolt betegre, valamint az aktív fertőzött, gyógyult és elhunyt esetszámokra adtak meg Budapest-vidék megoszlásban (koronavirus.gov.hu). A járványügyi adatok nyilvánossá tétele naponta a fővárosra és vidékre vonatkozóan 2020. május 19-én kezdődött, azonban ez 2022. május 1. után már csak heti rendszerességgel történt meg. Emiatt az adatok feldolgozása 2020. május 19. és 2022. május 1. közötti időszakra valósult meg.

Budapest és Pest megye mint fertőzési gócpont szerepe elsődlegesen az első járványhullám idején, 2020. tavasszal volt észlelhető.<sup>42</sup> Ha az országban meglévő összes aktív esetet vesszük alapul, akkor azok több, mint 40%-a, illetve az összes haláleset több, mint 60%-a jutott a fővárosra (11. ábra). A járvány térbeli terjedéséhez ebben az időszakban a két legsűrűbben lakott területre jellemző magas kontaktusszámok, valamint az intézményi gócpontokban (kórházak, idősek otthona) kialakult fertőzések járultak hozzá. A koronavírus térbeli terjedése mintázatában ebben az időszakban meghatározók voltak a Budapest és az agglomerációs települések között kialakult ingázási kapcsolatok is.<sup>43</sup>

A második járványhullám elején, 2020. ősszel a főváros részesedése az aktív fertőzöttekből növekedett, aztán folyamatosan csökkent: a második hullám végére 20%, a harmadik hullám végére – 2021. tavasszal – 10% alá. Hasonló javuló helyzet volt tapasztalható a halálesetek alapján is: a második hullám elejére a halálozások kevesebb, mint a fele jutott Budapestre, és ez a csökkenő tendencia folyamatos volt a harmadik járványhullám idején is. Végül értéke 20% alá csökkent 2021. nyárra. A hazai járvány első évében – 2020 és 2021 tavasza között – tehát egyre kevesebb aktív fertőzött és haláleset jutott a fővárosra, ennek megfelelően a gyógyultak aránya is nagyjából vidéken volt megfigyelhető.

<sup>40</sup> Komjáthy Dénes: A szubjektív jóllét vizsgálata Budapest V. és XIX. kerületének példáján. *Földrajzi Közlemények*, 138. (2014), 4. 332.

<sup>41</sup> Csébi (2015): i. m. 31.

<sup>42</sup> Pál et al. (2021a): i. m. 154.; Kovács Sándor Zsolt – Uzzoli Annamária: A koronavírus-járvány jelenlegi és várható egészségkockázatainak területi különbségei Magyarországon. *Tér és Társadalom*, 34. (2020), 2. 159.

<sup>43</sup> Lennert József: A SARS-COV-2 vírus magyarországi terjedésének ágens alapú modellezése – az első járványhullám tapasztalatai. *Tér és Társadalom*, 35. (2021), 3. 3.

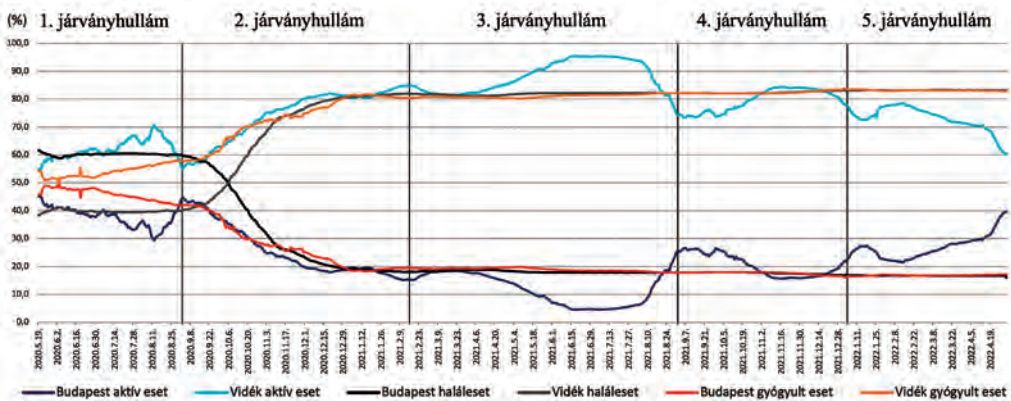
A második hullámtól kezdődően a korábban jellemző csoportos megbetegedéseket a tömeges fertőzések váltották fel, így az országban kialakult fertőzési láncolatok közösségi szintű térbeli terjedést eredményeztek a további járványhullámok során. Az igazolt megbetegedések százezer lakosra jutó esetszámai alapján Budapest és Pest megye is mint földrajzi gócpont fokozatosan elveszítette vezető szerepét a járvány térbeli terjedésében. Az új fertőzések lakosságárányos megoszlása alapján már nem a legfertőzöttebb területeknek számítottak a megyék sorrendjében.<sup>44</sup> Mivel az összes aktív fertőzött budapesti részaránya elmaradt a vidéken regisztrált betegekétől, ezért a gyógyult esetek nagyobb aránya jutott a fővároson kívüli területekre.

A negyedik járványhullám felfutása 2021 őszén, és az ötödiké pedig 2022 telén ugyan megnövelte a főváros részesedését az aktív esetek Budapest-vidék megoszlásában, de ez csak a felszállóágban volt megfigyelhető. 2022 elején 25% körül mozgott a fővárosban regisztrált aktív fertőzöttek aránya az összes esetből, ami alapján az ötödik hullám kezdetén rövid ideig földrajzi gócpont volt. Ugyanakkor a halálozások kevesebb, mint 20%-a jutott Budapestre a negyedik és az ötödik hullám intenzív növekedési szakaszában.

Az aktív esetek és a halálozások növekvő aránya 2020. ősztől kezdődően főként a Budapesten kívüli területeken következett be. A fertőzési gócpontok is lényegében már nem a fővároshoz vagy Pest megyéhez voltak köthetők. Ez alól kivétel az ötödik járványhullám felszállóága volt. Ennek magyarázata, hogy az egyes járványhullámok berobbanása az új fertőzöttek száma alapján általában a legfejlettebb országrészekben (például Közép- és Nyugat-Magyarország) és a településhierarchia magasabb szintjein (főváros, megyeszékhely) következett be, majd terjedt át a közepesen fejlett területekre, valamint a közép- és kisvárosok hálózatára. A járványhullámok leszállóágában az is előfordult, hogy a csúcsidezőszak után lassú mérséklődés indult meg az új esetek létszámában országosan, miközben növekedtek a területi különbségek az egyes országrészek között. Ennek alapvető oka az volt, hogy a kevésbé fejlett területeken, a perifériákon, a városoktól és központoktól távoli területeken ekkor kezdtek egyre többen megbetegedni az új típusú koronavírus-fertőzés eredményeként.<sup>45</sup> Például 2020. decembertől – a második hullám idején – a járványgörbére jellemző járványplató az országosan magas esetszámok stagnálására volt visszavezethető, miközben egyes területeken – Budapesten – már csökkenni kezdett az új esetek száma, míg máshol (déli megyék) továbbra is növekedett az új esetszám. Ez azt is jelenti, hogy a második járványhullámtól kezdődően megfigyelhető volt, hogy ugyan mindenhol magas volt az új fertőzések száma az országban, mégis az egyes megyékben és a fővárosban különböző időpontokban következett be az esetszám-emelkedés csúcspontja.

<sup>44</sup> Uzzoli Annamária et al: A hazai COVID–19-járványhullámok területi különbségei. *Területi Statisztika*, 61. (2021), 3. 306.

<sup>45</sup> Igari András: A negyedik hullám berobbanásának nyomában: miért ekkor, miért így és miért ott? *Portfolio*, 2021. november 22.



11. ábra: Az összes aktív eset, halálestet és gyógyult eset arányai Budapest-vidék megoszlásban (%), 2020. május 19. – 2022. május 1.

Forrás: www.koronavirus.gov.hu

A Nemzeti Népegészségügyi Központ által a hivatalos honlapon közzétett járványügyi adatok alapján Budapesten összesen 337 632 fő fertőzöttet regisztráltak a hazai járvány alatt 2022. május 1-ig, ami az összes hazai eset 18%-a (4. táblázat). Az összes halálestet 17%-a jutott a fővárosra 2022. május 1-ig. Az összes fertőzött százalékában számított halálozási arányszám 2,3% volt Budapesten, ami megfelelt az országos átlagnak (2,4%). A legtöbb napi új esetet 2021. március 21-én regisztrálták a fővárosban a harmadik járványhullám idején (2271 fő). 2022. január közepén volt olyan hétvége Budapesten, amikor naponta átlagosan 2805 fő betegedett meg az ötödik járványhullám alatt. Az ötödik járványhullám lecsengése folyamatos volt Budapesten 2022 tavaszán, azonban június végétől enyhén növekedni kezdett az új esetek száma mind országosan, mind pedig a fővárosban.

4. táblázat: A Covid–19-járvány néhány mutatószáma Budapesten, 2022. május 1.

Megnevezés	Mutatószám
Összes igazolt fertőzött eset (fő)	337 632
Összes halálestet (fő)	7780
Összes aktív eset (fő)	19 516
Összes gyógyult eset (fő)	310 336
Százezer lakosra jutó összes fertőzött eset (fő)	19 861
Százezer lakosra jutó összes halálestet (fő)	458
Százezer lakosra jutó összes gyógyult eset (fő)	18 255
Összes halálestet az összes fertőzött százalékában (%)	2,3

Forrás: www.koronavirus.gov.hu

A Covid–19-járvány földrajzilag eltérő hatásai miatt egy olyan kis ország, mint Magyarország esetében is felmerült a kérdés, hogy a járványügyi szabályozásokban szükség van-e területileg differenciált intézkedésekre, és ha igen, egyáltalán ezeket a területi

szempontokat hogyan lehet érvényesíteni a beavatkozásokban? A hazai járványhullámokkal szembeni védekezés egyik legfontosabb tapasztalata az volt, hogy a szakpolitikai intézkedések az országos korlátozások mellett eltérő hangsúllyal alkalmazták a területi szempontokat. Az aktuális járványügyi kormányrendeletek többségükben országos érvényűek voltak, azonban voltak olyanok is közöttük, amelyek adott területre – például a fővárosra és Pest megyére – vonatkoztak.

A védekezés területi érvényesítése először az első járványhullám földrajzi gócpontjában, Budapesten és Pest megyében valósult meg: így vált először kötelezővé az országban a szájmaszk használata a fővárosi tömegközlekedési eszközökön és az üzletekben. Az első hullám leszállóágában, 2020. május elejétől kezdődtek meg fokozatosan az enyhítések, amiben már határozottan megjelent a területi szemlélet. Ennek lényege az volt, hogy a kevésbé fertőzött vidéki területeken lazításokat vezettek be, míg Budapesten és Pest megyében további két hétig érvényben maradtak a részleges korlátozások.<sup>46</sup> A további járványhullámok során területileg eltérő járványügyi szabályozásra nem került sor, mert sem Budapest, sem Pest megye nem jelent meg kizárólagos földrajzi gócpontként a járványterjedésben. A fővárosban a tízezer lakosnál népesebb településekre érvényes intézkedés volt hatályos, vagyis az önkormányzat saját hatáskörben dönthetett a köztéri maszkhasználatról vagy a település részleges lezárásáról. Ezek közül a fővárosi vezetés leginkább a szájmaszk használatát szabályozta, például a negyedik hullám kezdetén már egy héttel az országos hasonló intézkedés bevezetése előtt kötelezővé tette azt a színházakban, mozikban, könyvtárakban. A harmadik járványhullámtól kezdve a hazai védekezés egyre inkább oltásalapúvá vált, és cél volt a teljes immunizáció – kezdetben két, majd később három, illetve négy védőoltás beadásával – minél nagyobb arányú elérése a lakosság körében. Lakosságárányosan a legtöbb beoltott személy Budapesten és Pest megyében volt a 2021. decemberben hivatalosan közölt adatok szerint.

#### 4. Az egészségügyi ellátás jellemzői és térszerkezete Budapesten

Az 1873-as egyesítést követően rohamos fejlődésnek indult Budapest, világvárossá fejlődésének időszakában tovább növekedett a lakossága, akik számára megfelelő számban és minőségben kellett biztosítani az egészségügyi ellátást. Óriási építkezések kezdődtek a belső városrészekben, amelyek keretében új kórházak is épültek: 1870 és 1900 között a kórházi ágyak száma hétezerrel gyarapodott.<sup>47</sup> A mai VIII. kerületben, Józsefvárosban, akkor még a város peremén, a jó levegőn és az egykori majorságok hatalmas területein 1876 és 1908 között hozták létre a klinikák épületeit.<sup>48</sup> Azóta ezeket a kórházakat körbe-nőtték a különböző lakóépületek és fokozatosan csökkent környezetükben a zöldterület.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> Kovács Sándor Zsolt et al.: Regional Effects of the COVID-19 Pandemic and Policy Responses in Hungary. *R-Economy*, 6. (2020), 3. 210.

<sup>47</sup> KSH: *A főváros 120 éve, 1873–1993*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal Pest megyei Igazgatóság, 1995.

<sup>48</sup> Perczel Anna: Városrendezés a Józsefvárosban. *Tér és Társadalom*, 6. (1992), 3–4. 29.

<sup>49</sup> Csapó–Lenner (2015): i. m. 230.

Napjainkban például az I. számú Sebészeti Klinika kórtermeinek ablakai a forgalmas Üllői útra néznek. A századforduló óta sokat változott a világ, és már nem szempont az egészségügyi intézményeket a város zajától távol tartani... Sőt, az egészségügyi szolgáltatások egy részét – például magánellátások – éppen a forgalmas közlekedési csomópontokba, optimális megközelíthetőséggel telepítik.

Az egészség megőrzésére, a betegségek megelőzésére, az egészségi állapot javítására és az életveszély elhárítására szolgáló egészségügyi ellátórendszer leoptimalisabb feltételei a fővárosban alakultak ki az országban. Az egészségügyi rendszer széles választéka, azaz minden egyes egymásra épülő alap-, szak- és speciális ellátásfajta megtalálható Budapesten. Ezek az egészségügyi szolgáltatások a gyógykezelés specializált szakmai és technikai igényétől, bonyolultságától, a betegség jellegétől és a beteg állapotától függően a progresszivitás elvének megfelelően ellátási szintekbe rendeződnek. Ez azt jelenti, az egyszerűbb és gyakoribb eseteket a páciens lakóhelyéhez közeli alapellátásban vagy járóbeteg-szakellátásban, a bonyolultabbakat és ritkábbakat a központosított kórházakban látják el.<sup>50</sup> Így a háziorvosi szolgálatok és a járóbeteg-szakrendelők minden kerületben megtalálhatók, míg a kórházak a fővároson belül is területileg koncentrálnak. Az ezer lakosra jutó működéshez szükséges egészségügyi állások száma Budapesten a legmagasabb: 2019-ben 32 volt.<sup>51</sup>

#### 4.1. Az egészségügyi alapellátás

A fővárosi egészségügyi alapellátás egyes elemei már a 20. század első évtizedeiben kialakultak. Az 1930-as években kiépült az iskolaorvosi ellátóhálózat. Az állami tulajdonban lévő egészségügyi intézmények ingyen látták el a betegeket, és megkezdődött a népbetegségek (például tuberkulózis) visszaszorítása.<sup>52</sup> A II. világháború után az egyetemes társadalombiztosítás mindenki számára garantálta az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférést. Ezzel párhuzamosan megszervezték az alapellátást úgy, hogy körzeti orvosi és körzeti gyermekorvosi ellátórendszert alakítottak ki, és már 1970-ben 274 körzeti orvosi rendelő működött a fővárosban.<sup>53</sup> Ennek átalakításával fejlődött ki 1993-ban a mai napig létező háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás, amelynek a megerősítése azóta is tart. Például az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet alapján 2021-től a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok praxisközösségek formájában is működhetnek, ezzel hatékonyabbá tehetik a betegutak szervezését. A fővárosban is számos praxisközösséget hoztak létre, főleg azokban a körzetekben, ahol az orvosok

<sup>50</sup> Pál Viktor et al.: Életkörülmények, életminőség. Az életkörülmények és az életminőség települési oldala. Települési környezet. In Kocsis Károly et al. (szerk.): *Magyarország Nemzeti Atlasza. III. Társadalom*. Budapest, Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, 2021b. 174.

<sup>51</sup> KSH: *Egészségügyi helyzetkép, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021a. 32.

<sup>52</sup> Berza László (főszerk.): *Budapest lexikon*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1993. 703.

<sup>53</sup> Mikola István: *Egészségügy*. In Kasza Sándor (főszerk.): *Budapest kézikönyve. I. A főváros általános leírása*. Budapest, CEBA, 1998. 158.

túlterheltek vagy betöltetlen szolgálatok vannak. A szakmai együttműködés többféle formában történhet meg, ezek a kollegiális, az integrált, az egyesült praxisközösség, illetve a praxisközösségi konzorcium.

Az egészségügyi alapellátáson belül a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok a területileg a leginkább kiegyenlített hálózattal rendelkeznek a fővárosban. Az egyes kerületek állandó lakosság száma alapján a helyi önkormányzatok háziiorvosi és házi gyermekorvosi körzeteket jelölnek ki úgy, hogy átlagosan a felnőtt körzetekhez 1200–1500 fő, míg a gyermekkörzetekhez 600–800 fő lakos ellátása tartozik. A zsugorodó népesség szám ellenére sok házi orvos (908 fő) és házi gyermekorvos (291 fő) praktizál a fővárosban (2019), de együttes számuk 11%-kal lett kevesebb 2000–2019 között, ami megfelel az országos átlagnak.<sup>54</sup> A csökkenés 9%-ban érintette a házi orvosokat és 16%-ban a házi gyermekorvosokat, és az utóbbi négy százalékponttal meghaladja a nemzeti átlagszint csökkenésének az értékét. Ez azt jelenti, hogy ugyan kevesebb a 14 év alatti ellátandó gyermek a fővárosi házi gyermekorvosi szolgálatokban, de a meglévő gyermekorvosok leterheltsége is növekedett az elmúlt években. Sok házi gyermekorvos Pest megyében vállalt munkát, mert az agglomerációba kiköltöző fiatal családok révén emelkedett a kiskorúak aránya, és a települési önkormányzatok újabb házi gyermekorvosi körzeteket alakítottak ki. Ennek eredményeként 8%-kal több házi gyermekorvos praktizált 2019-ben Pest megyében 2000-hez képest.

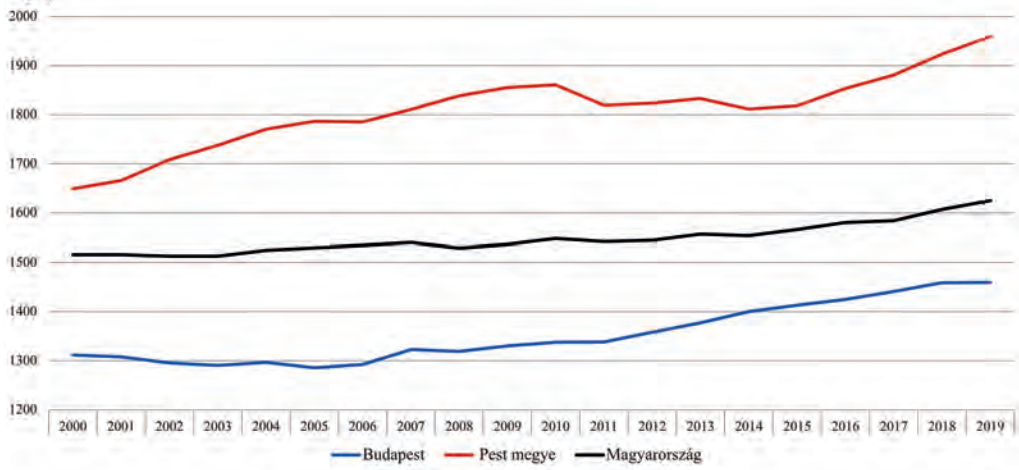
Az egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok számának változása 2000–2019 között bizonyítja, hogy túlterheltté váltak az orvosok az utóbbi időkben, hisz egyre több beteget kell ellátniuk (*12. ábra*). A helyettesítéssel ellátott háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok aránya országosan a legalacsonyabbak egyike Budapesten: az összes szolgálat körülbelül negyedét teszik ki.<sup>55</sup> A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2022. júniusi adatközlése szerint az I., a XII. és a XXIII. kerületben nem volt betöltetlen háziiorvosi vagy házi gyermekorvosi szolgálat, de csak egy-egy ilyen szolgálatot regisztráltak az V., VI., VIII., XI., XVI. és XXII. kerületekben. A betöltetlen szolgálatokhoz tartozó ellátandó népesség száma számottevően különbözik egymástól: ez az egyik körzetben 307 fő, a másikban 3115 fő is lehet. A betöltetlen háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatokhoz tartozó lakosság aránya a teljes kerületi népességből 10% vagy annál több a IV., XV. és XIX. kerületben (*12. ábra*).

Azonban a budapesti alapellátásban működő házi orvosok és házi gyermekorvosok átlagosan kevesebb lakos ellátásáért felelősek, mint a Pest megyében vagy az országban dolgozó kollégáik.<sup>56</sup> Az egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok számának növekedése különösen a 2010-es évek közepétől gyorsult fel a fővárosban.

<sup>54</sup> *Házi orvosok és házi gyermekorvosok megye és régió szerint*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, (é. n.).

<sup>55</sup> *Tér-Kép 2020*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2022.

<sup>56</sup> Balogh Károly – Bezerédj Béláné: *Közlemények a budapesti agglomerációról 9. A lakosság egészségi állapota és egészségügyi ellátása*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal Budapesti és Pest Megyei Igazgatósága, 1999. 21.; Berza (1993): i. m. 703.



12. ábra: Az egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok számának változása Budapesten, Pest megyében és Magyarországon (fő), 2000–2019

Forrás: Házi orvosok és házi gyermekorvosok megye és régió szerint (é. n.): i. m. alapján a szerzők szerkesztése

A házi orvosi és/vagy a házi gyermekorvosi rendelők minden kerületben megtalálhatók. Ezek önálló épületben vagy a helyi járóbeteg-szakrendelőben működnek. Fenntartásuk és működtetésük – hasonlóan a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás megszervezéséért – a kerületi önkormányzatok feladata.

Az egészségügyi alapellátás részét képező védőnői szolgálat a nő- és anyavédelem, illetve a csecsemők és a kiskorú gyermekek gondozásának lényeges intézménye Magyarországon. Az összes hazai betöltött védőnői álláshely 15%-a Budapesten található (721 db 2019-ben). Ebből összesen 41 betöltetlen szolgálat volt 2022. júniusban a II., VIII., IX., XI., XII., XVIII., XIX., XXI. kerületekben, de többségük a hátrányos helyzetűekben található (VIII., IX., XIX., XXI.).<sup>57</sup>

#### 4.2. A járóbeteg-szakellátás

A járóbeteg-szakellátás rohamos fejlődésére elsősorban a nagy kórházi kapacitások megteremtése után került sor Budapesten. A közegészségügyi helyzet javításában óriási előrelépés volt, hogy a 20. század elején kiterjesztették a védőoltások alkalmazását és létrehozták a Fővárosi Fertőtlenítő Intézetet, illetve a Fővárosi Bakteriológiai és Közegészségügyi Intézetet.<sup>58</sup> Az 1930-as évektől az orvosi rendelőkben ingyen látták el a betegeket. A II. világháború után integrált kórház-rendelőintézeti egységek létesültek Budapesten. 1970-ben 28 tanácsai rendelőintézet és 6 járóbeteg-szakellátó végzett gyógyító

<sup>57</sup> Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő: *Védőnői szolgálatok*. (é. n.).

<sup>58</sup> Berza (1993): i. m. 702.

tevékenységet a fővárosban, amellyel párhuzamosan kiépült a gondozóintézeti és közegészségügyi hálózat is.<sup>59</sup> A rendszerváltozás után önkormányzati tulajdonba kerültek a szakrendelők, és feladatuk a 2000-es évek közepétől kiegészült az egynapos ellátás működtetésével is. Az elmúlt években stratégiai célkitűzés volt a budapesti járóbeteg-szakrendelők infrastrukturális megújítása és az integrált – több szakellátást és/vagy az alapellátást is magában foglaló – ellátás megvalósítása.<sup>60</sup>

A szakorvosi járóbeteg-ellátás magasabb szintű és részben speciális szolgáltatásokat biztosít a páciensek számára. A lakosságszámhoz viszonyítva a fővárosban tapasztalható a legtöbb megjelenés a járóbeteg-szakellátásban, az országos átlag ötharmada.<sup>61</sup> Az egészségügyi szakszolgáltatások rendszeres igénybevétele függ az egészségműveltség szintjétől, az ellátás színvonalától és az elérhetőségétől. Intézménye a járóbeteg-szakrendelő, amelyek önállóan vagy kórházakhoz integrálva, azok részlegeként működhet. A fővárosban egyenletes a szakrendelők elhelyezkedése, amelyeket tömegközlekedési eszközökkel 20–25 perc alatt érnek el a budapesti betegek. A kórházaktól független járóbeteg-szakellátó szolgáltatók korábban önkormányzati tulajdonban voltak, azonban 2013-ban lehetőség volt átadni a szakrendelők fenntartását az államnak. A fővárosban a legtöbb kerületi önkormányzat vállalta, hogy továbbra is saját hatáskörben gondoskodik a járóbeteg-szakellátásról. Például a Szent Kristóf Újbudai Szakrendelő és Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. Budapest Főváros XI. kerület Újbuda Önkormányzatának tulajdonában van, amelyet 2003. júliustól vett át a fővárosi Szent Imre Kórháztól. Az önkormányzati és állami fenntartású szakrendelőkön kívül alapítványi és egyházi tulajdonúak is.

Egyes külső kerületekben lévő szakrendelők a Budapest határán kívüli, szomszédos települések lakosságát is ellátják egy-egy szakterületen ellátási szerződés keretében. Hasonló együttműködés létezik több kerület esetében is: például a XXII. kerület tüdőgyógyászati szakrendeléséhez tartozik a XI. kerület közeli része. Az is előfordul a fővárosban, hogy az I. kerület járóbeteg-szakrendelője helyileg a XII. kerületben található. A járóbeteg-szakellátás területi koncentrációja a belső kerületekben (VI., VIII., IX., XIII.) tapasztalható, ahol sok esetben a Semmelweis Egyetemi Klinikák szakambulanciai tevékenységéhez kapcsolódik.

Az egynapos ellátásokat nemcsak a kórházakban, hanem a járóbeteg-szakrendelőkben is elvégzik. Számuk 2010 óta 2,7-szeresére bővült, és 2019-re 345 ezer lett.<sup>62</sup> Az ország első egynapos sebészetét a főváros XIII. kerületi Szegedi úti szakrendelőjében adták át 2007. júniusban. Azóta a második legtöbb egynapos beavatkozásra (9158 db 2019-ben) ebben a kerületben került sor (*13. ábra*). Az egynapos ellátás legmagasabb esetszáma a VIII. kerületben tapasztalható a Semmelweis Egyetemi Klinikák tevékenységéhez kötődően (28 768 db 2019-ben).<sup>63</sup>

<sup>59</sup> Mikola (1998): i. m. 158.

<sup>60</sup> 1425/2017. (VI. 29.) Korm. határozat az Egészséges Budapest Program végrehajtásával kapcsolatos 2017. évi forrásigény biztosításáról.

<sup>61</sup> KSH: *Egészségügyi helyzetkép, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021a. 39.

<sup>62</sup> KSH (2021a): i. m.

<sup>63</sup> *Budapest Statisztikai Évkönyve, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021. 84.

### 4.3. A fekvőbeteg-szakellátás

Budapest legrégebbi kórházát a római korban alapították (II. segédlegió valetudináriuma) a mai III. kerület területén.<sup>64</sup> A középkorban a mai Budapest területén közegészségügyi ellátás fő feladata a nagy járványok (pestis, kolera, hastífusz, himlő, diftéria) kezelése volt. Az első korszerű fekvőbeteg-ellátó intézménye, a Rókus Kórház a XVIII. század végén épült.<sup>65</sup> A kiegészítést és a városegysítést követően a fővárosi kórházak már többféle orvosi szakmával rendelkező szakintézményekké váltak. A 20. század első felében a világháborúk súlyosan megterhelték a közegészségügyi ellátást, de a békeévekben újabb kórházépítkezések történtek (például Madarász utcai Kórház, Bajcsy-Zsilinszky Kórház), így már az 1930-as években sokkal jobb volt a fővárosban az egészségügyi infrastruktúra, mint vidéken. A 20. század második felében folytatódott a fővárosi kórházak bővítése és újak létrehozása (például Tétényi úti Kórház). A 21. század elejétől kezdve egyrészt az egészségügyi ellátásban a kórházközpontúság enyhítése vált hangsúlyossá, másrészt előtérbe került a krónikus és rehabilitációs ellátás szerepe a fekvőbeteg-intézményekben, harmadrészt az egynapos sebészet elterjedésével a kórházak feladatainak egy részét átvállalhatták a járóbeteg-szakrendelők.

A magyar egészségügyi rendszerre évtizedek óta jellemző a kórház- és Budapest-központúság, az egyes országrészek orvos- és szakdolgozói ellátottságában, valamint az egészségügyi intézmények kapacitásaiban jelentős különbségek léteznek. A kórházi ellátottság szempontjából a fővárosi fekvőbeteg-intézmények Pest megye rászoruló lakosságának jelentős részét is ellátják, de vonzáskörzetük egyes szakmákban kiterjed Komárom-Esztergom vagy Nógrád megye közeli területeire is. A kórházi ágyak fajlagos száma Budapesten a legmagasabb (102) az országban.<sup>66</sup>

A Budapesten található állami kórházaknak kiemelt szerepköre van többek között a belgyógyászatban, gyermekgyógyászatban, sebészetben, ortopédiában. Ellátási körzetük túlmutat a főváros közigazgatási határán és kiterjed Pest megyére is. A fővárosban lévő egészségügyi intézmények kapacitásai azért olyan magasak országosan, mert Pest megye ellátásához is hozzájárulnak, illetve a megye lakossága bizonyos szolgáltatásokat csak Budapesten tud igénybe venni.<sup>67</sup> A fővárosban működő országos intézetek pedig Magyarország teljes lakosságának ellátásáért felelnek. Például a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, az Országos Onkológiai Intézet, az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet. A szanatóriumi kapacitások részben a városon kívül kaptak helyet (tüdőgyógyászat Törökbálinton), részben a fővárosi gyógyfürdőkhöz kötődik (Lukács Gyógyfürdő).

A fővárosban van Magyarország és Közép-Európa vezető orvos-egészségügyi felsőoktatási intézménye, a Semmelweis Egyetem, amely egyben az ország legnagyobb

<sup>64</sup> Berza (1993): i. m. 702.

<sup>65</sup> Mikola (1998): i. m. 157.

<sup>66</sup> KSH (2021a): i. m. 32.

<sup>67</sup> Gárdos Éva: Az egészségügyi ellátóhálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években. *Demográfia*, 39. (1996), 1. 39.



a Budai Irgalmasrendi Kórház (II. kerület), a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza (XIV. kerület), a MAZSIHISZ Szeretetkórház (XIV. kerület) és a Buda-pesti Szent Ferenc Kórház (II. kerület).

Speciális helyzetben van a fővárosi egészségügyi intézmények között a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, amely a Fővárosi Önkormányzat hajléktalanellátó szervezete és 1993-ban jött létre. Az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatások (kórházi ápolás és kezelés, 24 órás háziorvosi ügyelet, mozgó orvosi szolgálat, járóbetegellátás) telephelyei a X. és a XIII. kerületben találhatók.

#### 4.4. Kórházbezárások Budapesten

A kórházi ágyszámok folyamatosan növekedtek Budapesten a rendszerváltozás előtti évtizedekben. Az 1960-as évek elején összesen 26 899 db, míg az 1980-as évek végén már 31 576 db működő kórházi ágy volt a fővárosban.<sup>68</sup> Az 1990-es évek elejétől a hazai egészségügy átalakításának egyik nagy kérdése volt a kórházi kapacitások racionalizálása, amelynek keretében számottevő leépítésre végül a 2000-es évek közepén került sor Budapesten egy törvényi rendelkezéssel.

A 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésére és struktúrájának átalakítására született, aminek célja volt a területi egyenlőtlenségek csökkentése. Az új fekvőbeteg-ellátási hierarchia kialakítása országosan, de kivált Budapesten és a Közép-Magyarország régióban járt együtt komoly átszervezési feladatokkal.<sup>69</sup> Az új struktúra alapelve volt egyrészt a működő kórházi ágyak csökkentése és a valós igényekhez igazítása (aktív ágyak csökkentése, krónikus ágyak növelése), valamint a területi ellátási kötelezettségek hangsúlyozása. A kórházfejlesztési törvény értelmében 2007 elején országosan 8798 kórházi ágy megszüntetésére került sor. A legnagyobb mértékű, vagyis több mint 4300 ágy leépítése a Közép-Magyarország régióban – főként Budapesten – történt meg, ami az összes ágyszámcsökkenés közel 50%-a volt.<sup>70</sup> Egyébként a kórházi ágyak számának csökkentése egyedül a fővárosban járt együtt intézményi bezárásokkal. Így erre a sorsra jutott a Svábhegyi Országos Gyermekallergológiai, Pulmonológiai és Fejlődésneurológiai Intézet, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, valamint a Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ, ami összesen 1200 kórházi ágy leépítésével járt együtt. Ez utóbbi később magánkórházként folytatta a működését. A bezárt kórházak feladatait más fővárosi intézmények vették át, illetve fokozatosan zárt be a Sportegészségügyi Intézet. A Magyar Honvédség Központi Honvéd Kórház, a Belügyminisztérium Központi Kórház és Intézményei, a MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, illetve az Országos Gyógyintézeti Központ (Szabolcs utcai kórház) egyesítéséből jött létre az Állami Egészségügyi Központ. Az új Központi Kórház létrejöttével önálló

<sup>68</sup> Berza (1993): i. m. 702.

<sup>69</sup> Uzzoli (2010): i. m. 431.

<sup>70</sup> Uzzoli Annamária: A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai. *Tér és Társadalom*, 21. (2007), 3. 107.

intézményként megszűnt a Szabolcs utcai kórház és a BM-kórház, valamint az összevonással a korábbi négy intézmény kapacitásának 52%-a épült le 2007 közepére. Hasonló intézményi összevonások történtek meg korábban a Heim Pál és a Madarász Utcai Gyermekkorház közös igazgatás alá vonásával (Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet), valamint később a Dél-pesti Centrumkórház vagy az Észak-Közép-budai Centrum kialakításával. Míg az előbbi a Szent István Kórház, a Szent László Kórház és a Merényi Gusztáv Kórház integrációját jelenti, addig az utóbbi a Kútvolgyi Kórház és a Szent János Kórház fúziójára épül. Az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet is jogutód nélküli egészségügyi intézmény lett és beleolvadt a Péterfy Sándor utcai Országos Traumatológiai Intézetbe (Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manner Jenő Országos Traumatológiai Intézet Fiumei úti Baleseti Központja néven), de ez az egyesítés 90 aktív kórházi ágy leépítésével és 30 rehabilitációs ágy létrehozásával járt együtt.

#### *4.5. Az egészségügyi ellátás igénybevétele*

A 2019. évi ELEF az egészségügyi ellátás igénybevitelével is foglalkozott. A felmérés lakossági bevalláson alapult, amely nem feltétlenül egyezik meg az intézményi statisztikákkal, illetve az adatok nem nyújtanak információkat a magánrendelésekről. A legfontosabb megállapítása az, hogy 2014, vagyis az előző ELEF óta nem változott számottevően a különböző egészségügyi ellátásokat igénybe vevők aránya Magyarországon.<sup>71</sup> Az eredmények alapján csak a fogászati ellátás terén figyelhető meg említésre méltó növekedés. Pozitív változás a kórházban eltöltött idő csökkenésében, és ezzel párhuzamosan a gyakoribb szakorvosi konzultációk és rutin szűrővizsgálatok egyre szélesebb körű elvégzésében tapasztalható. Általában a házi orvosi ellátással a legelégedettebbek az emberek országosan és Budapesten egyaránt.

A régiók között a fogászati ellátásban figyelhetők meg a legjelentősebb egyenlőtlen-ségek: míg a budapestieknek több mint a fele, addig az Észak-Magyarországon élőknek csak a 38%-a vett igénybe fogászati ellátást a felvételt megelőző 12 hónapban.<sup>72</sup>

A mozgásszervi terápiás szakembereket – részben ezen ellátások piaci szolgáltatás-ként való megjelenésével összefüggésben – 2019-ben nagyobb arányban keresték fel a 65 év felettek, a nők, a felsőfokú végzettségűek és a magasabb jövedelműek, valamint a budapestiek (20%-a, szemben az észak-alföldiek 11%-ával).

Az otthoni szakápolás – az ápolói, nővéri ellátás – és a házi segítségnyújtás – idő-sellátásban, beteg- vagy időszállításban nyújtott segítség – igénybevétele nem változott számottevően 2014 és 2019 között. Otthoni szakápolást a lakosság 1–2%-a, míg házi segítségnyújtást 2–3%-a vette igénybe 2019-ben. Az otthoni szakápolástól eltérően a házi segítségnyújtásra való igény egyértelműen magasabb a kevésbé urbanizált

<sup>71</sup> KSH: *Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 – Egészségügyi ellátás, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021b.

<sup>72</sup> KSH (2021b): i. m.

településeken. A falvakban, községekben minden ötödik, Budapesten csak minden 17. idős kapott házi segítségnyújtási szolgáltatást.<sup>73</sup>

#### 4.6. Magánegészségügy Budapesten – a lakásrendelőktől a multiklinikákig

Magyarországon és Budapesten egyre többen választják a magánegészségügyi szolgáltatókat a gyógyulás és az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés céljából, így egyre nagyobb arányban van jelen a hazai egészségügyi ellátásban ez a szektor.<sup>74</sup> A kereslet növekedése évek óta folyamatos, amelyet a koronavírus-járvány is csak részben és egy rövid időre akasztott meg.<sup>75</sup>

Elsősorban Budapesten és néhány vidéki nagyvárosban a rendszerváltozás előtti években is már ismertek voltak a lakásrendelők, amelyek kezdetben csak néhány szakorvosi tevékenységre fókuszáltak konzultatív jelleggel.<sup>76</sup> Az 1990-es évek elejétől azonban egyre több szakmát is magukba foglaltak ezek a magánegészségügyi rendelők, sőt az évtized végétől már poliklinikaként működtek, ahol több orvosi szakma csoportpraxist alkotott. A legtöbb magántulajdonban lévő laborszolgáltató és diagnosztikai központ is csak 1989 után jelent meg az országban, de legnagyobbbrészt a fővárosban.<sup>77</sup> Az első komplex ellátást nyújtó magánegészségügyi intézmény, a Telki Kórház a budapesti agglomerációban alakult meg 1998-ban. Ugyan 2013-ban megszűnt ez a magánkórház, de akkor már széles körben terjedni kezdtek a magánklinikák (medical center) a fővárosban, részben pedig Budapest vonzáskörzetében. A 2020-as évek elejétől új intézményi típus jelent meg a fővárosi magánegészségügyi ellátásban: a Doktor24 Multiklinika Budapest nyugati kapujában (XI. kerület), az autópályák bevezető szakaszán nyílt meg, több mint 30 felnőtt- és gyermekszakrendeléssel, kiemelt diagnosztikai felkészültséggel, ortopédiai centrummal, 30 ágyas prémium fekvőbeteg-ellátással és modern sebészeti központtal, amely így a legújabb és az egyik legkomplexebb egészségközpont az országban.

A fővárosban megtalálható magánegészségügyi intézmények által nyújtott egészségügyi szolgáltatások fokozatosan bővültek. A rendszerváltozás előtt is már létező lakásrendelők főként fogászati, nőgyógyászati, bőrgyógyászati ellátásra szakosodtak. Az 1990-es évektől jelentek meg a laborszolgáltató és diagnosztikai magánszolgáltatók, illetve az évtized végétől egyre nagyobb igény alakult ki a plasztikai beavatkozásokra, a pszichiátriai és az addiktológiai vagy a reumatológiai és ortopédiai ellátásra, valamint a meddőségre. A 2000-es években megkezdődött a magánkórházak térhódítása, de kezdetben ezek csak néhány szakmát képviseltek (például szülészet, urológia, plasztikai

<sup>73</sup> KSH (2021b): i. m.

<sup>74</sup> GKI: *Az egészségügy helyzete Magyarországon nemzetközi összehasonlításban*. Budapest, GKI Gazdaságkutató Zrt., 2019. 6.

<sup>75</sup> Csiki Gergely: Most tényleg mindenki megrohanja a magánegészségügyi cégeket? *Portfolio*, 2020. augusztus 13.

<sup>76</sup> Rékassy Balázs: Virágozzék minden virág? A hazai magán egészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 13. (2014), 10. 15.

<sup>77</sup> Lantos Gabriella: A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése. In Kolosi Tamás (szerk.): *Társadalmi riport 2018*. Budapest, Tárci Zrt., 2018. 286.

sebészet). Az egynapos ellátás megjelenése az állami ellátásban egyúttal hatással volt a magánellátók által nyújtott ilyen jellegű szolgáltatásokra is az évtized második felétől. A laboratóriumi magánszolgáltatók kiszélesítették kínálatukat, és olyan speciális vizsgálatokkal jelentkeztek, amelyeket az állami szolgáltatók nem tudtak megvalósítani. A diagnosztikai magánszolgáltatók a legkorszerűbb technológiai hátteret alakították ki (MR, PET/CT, UH), és egyre több fővárosi és Budapest környéki, sőt távolabb élő páciens választotta igénybevételeket prevenciós céllal, illetve az állami ellátásban növekvő várakozási idő csökkentésére. A 2010-es évektől megfigyelhető volt, hogy az újonnan alapított magánintézmények többsége már magánkórház volt, amelyekben egyre inkább igyekeztek a súlyosabb, komplikáltabb esetek ellátásához is biztosítani a megfelelő orvosi eszközöket és humán erőforrást, amely így a tőkeerős befektetők megjelenését eredményezte a hazai és fővárosi magánegészségügyben. Az évtized második felében már számottevő volt a budapesti fizetőképes kereslet megjelenése a néhány napos magánkórházi beavatkozásokban, amelyet támogatott egyrészt az egészségügyi magánbiztosítás felértékelődése, másrészt pedig az állami ellátásban növekvő problémák kényszerítő hatása.

A 2020-as évek eleje fordulatot hozott a budapesti magánegészségügyi piacon. A koronavírus-járvány első időszakában, az egészségügyi ellátások korlátozásnak idején a magánszolgáltatók is bezárásra kényszerültek. „Túlélésüket” segítette az, hogy átálltak a Covid-tesztelésre: a PCR-, az antigén- és az antitestvizsgálatok igénybevétele tömegesen jelentkezett, ami például a SYNLAB Magyarország – labor diagnosztikai vállalat – számára közel 5 milliárd forintos emelkedést eredményezett 2020-ban 2019-hez képest.<sup>78</sup> Emellett a járvánnyal is összefüggésben felértékelődő egészségtudatosság miatt különféle szűrőcsomagokat hirdettek meg, előtérbe helyezték a digitális megoldásokat (online konzultációk), és a beruházásokban szorgalmazták a modernizációs beavatkozásokat.<sup>79</sup> Egyúttal a magánszolgáltatásokban a humán erőforrás-kapacitás növekedése is megtörtént, mert 2021 tavaszán az állami szférában a szolgáltatási jogviszony szabályozása a privát ellátás felé terelte az egészségügyi szakdolgozókat, amit tovább fokozott az is, hogy 2022. május 31-én a járványügyi veszélyhelyzet megszűnése a felmondási tilalom eltörlését is eredményezte az egészségügyben. A magánellátásban arra is felkészültek, hogy a járvány elmúltával a közfinanszírozott rendszerben a hozzáférés akadályai hosszú távon a magánszolgáltatók felé hajtja majd az embereket. Emiatt a jövőben tovább folytatják a szolgáltatások kapacitásainak és sokrétűségének bővítését. A kereslet növekedése a járvány után felszínre hozta azokat az igényeket is, hogy a páciensek egy helyen, azaz egy épületen belül tudják igénybe venni a különféle egészségügyi szolgáltatásokat az alapellátástól a szakambulanciákon át a kórházi beavatkozásokig.

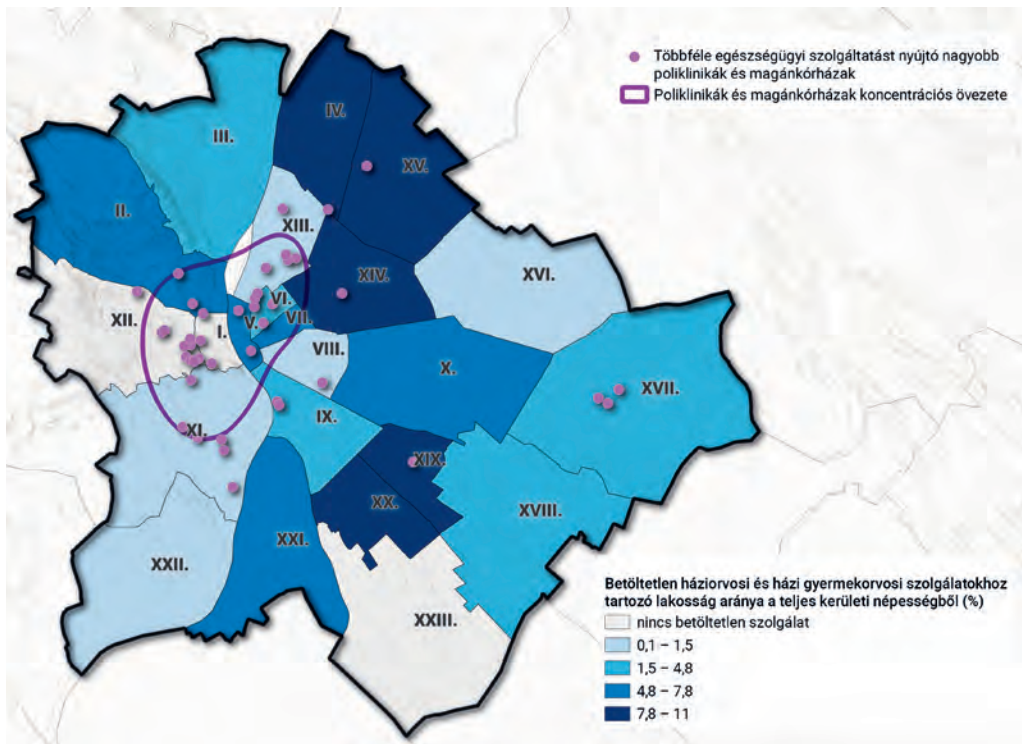
A magánegészségügy egyelőre Budapest-központú Magyarországon, a legnagyobb szereplők itt működnek, ami összesen 29 magánegészségügyi szolgáltatót jelent. Ezek például az Affidea, Doktor24 Csoport, Dr. Rose, Duna Medical Center, Emineo, FirstMed,

<sup>78</sup> Kormos Olga: Magánegészségügyi cégek: egyeseknek a pandémia szépen hozott a konyhára. *Mfor.hu*, 2021. június 3.

<sup>79</sup> Csiki Gergely: Ők azok, akik feltörik és felforgatják a magyar egészségügyet. *Portfolio*, 2021. szeptember 13.

Istenhegyi Klinika, Maternity, Medcover, Pozitron-Diagnosztika, RMC, SYNLAB, TritonLife, Wáberer Medical Center stb. A magánegészségügyi szolgáltatókat tömörítő Primus Egyesületet 2017-ben hozták létre.<sup>80</sup>

A magánegészségügyi intézmények földrajzi elhelyezkedése jellemző térszerkezetre utal a fővárosban. Legtöbbjük nagyobb közlekedési csomópontokban (V. kerület) vagy annak közelében lévő irodaházakban (IX., XI. kerület) és forgalmas útvonalak (Váci út, Nagykörút) mentén található, míg mások inkább a zöldövezetbe (XI., XIV. kerület) települnek, sokuk pedig a magasabb státusú lakóövezetekbe (II., XII. kerület) vagy az új építésű lakónegyedekbe (XIII. kerület) költöztek (14. ábra). A magánklinikai hálózat területi koncentrációjára utal, hogy a IX. kerület egyik csomópontjában épült irodaházban integrált járó- és fekvőbeteg-ellátó centrum alakult ki a TritonLife Csoport és a Duna Medical Center egymás mellett létrehozott szolgáltatásaival.



14. ábra: A háziorvosi szolgálatok és a magánegészségügyi intézmények néhány területi jellemzője Budapest kerületeiben, 2022. június

Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2022. június és magánegészségügyi szolgáltatók saját honlapja 2022. június.

<sup>80</sup> Kincses Gyula: A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben. *Magyar Tudomány*, 180. (2019), 10. 1513.

## Összefoglalás – Múlt, jelen, jövő

Az egészséggel összefüggő életminőség országosan kedvező feltételei alakultak ki Budapesten, de a társadalmi-gazdasági környezet kerületenként eltérő jellemzői miatt számottevő különbségek léteznek a fővároson belül.<sup>81</sup> A történelem folyamán kialakult Budapest térbeli tagozódása, amely hozzájárult a funkcionális lakóövezetek elkülönüléséhez.<sup>82</sup> Az elmúlt 150 évben létrejött a főváros jellegzetes városszerkezete, amely jelentős módon hatást gyakorolt az ott élő népesség élet- és munkakörülményeire, lakásviszonyaira, életszínvonalára és a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségeire. A múltból öröklött kedvező és kedvezőtlen adottságok, valamint a rendszerváltozás után körvonalazódó újszerű élethelyzetek együttesen befolyásolták az egészséggel összefüggő életminőség jelenlegi budapesti szintjét és kerületi különbségeit. Az életminőség jelenlegi különbségeire a városfejlődés is alapvető hatással volt az elmúlt évtizedekben. Ennek egyik következménye, hogy az alacsonyabb társadalmi státusúak a térben inkább több, de kis kiterjedésű területen és léptékben szegregálódtak Budapesten, míg a magasabb státusúak kevesebb, de nagyobb és homogén területen koncentráálódtak.<sup>83</sup>

Ezt tükrözi az egészséggel összefüggő életminőség objektív és szubjektív elemeinek alakulása is. Az objektív mutatók (például halálozások, életesélyek) egyrészt európai uniós összehasonlításban még mindig kedvezőtlenek, de az országon belül Budapest hagyományosan is kedvező helyzetben van, és ez folyamatosan javulni látszik. Ugyanakkor a városon belüli egyenlőtlenségek továbbra is jelentősek, bár – a nagyvárosi tér átalakulásával párhuzamosan – az utóbbi évtizedben sokat változtak.

A 2020–2022-es Covid–19-járvány felszínre hozta országosan és a fővárosban is azokat a kihívásokat, amelyekkel az elmúlt években a magyar egészségügynek szembe kellett néznie. Azonban a kialakult járványügyi veszélyhelyzet nagymértékben hozzájárult az ellentmondások elmélyüléséhez és a problémák kieleződéséhez. A jövő nagy kérdése, hogy rövid vagy középtávon sikerül-e a kihívásokat kezelni, a problémákat megoldani, és hosszú távon további előnyöket kovácsolni a meglévő erősségekből.

Ahogy a fentiekben bemutattuk, egyfajta kettősség jellemzi Budapest egészségügyi helyzetét. A főváros lakosságának egészségi állapota a legkedvezőbbek egyike az országban, két budai kerületben a legjobbak az életkilátások Magyarországon. Ugyanakkor jelentékeny különbségek figyelhetők meg az egyes kerületek népességének egészségi állapotában. Ezek az eltérések országosan is számottevők, illetve a kedvezőtlenebb helyzetű kerületek egyes egészségmutatói az országos átlaghoz képest is rosszabbak. Az egészségi állapotban meglévő társadalmi-területi különbségek – az egészségügyenlőtlenségek – párosulnak az egészségügyi ellátórendszer ellentmondásaival.

A Covid–19-járvány közvetlen, hosszú távú hatásai az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátásban akár a pandémia után évekkel később is jelentkezhetnek.

<sup>81</sup> Csébi (2015): i. m. 31.

<sup>82</sup> Kovács–Dövényi (2021): i. m. 135.

<sup>83</sup> Csanádi Gábor – Ladányi János: *Budapest térbeni-társadalmi szerkezetének változásai*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1992. 132.

A járványügyi veszélyhelyzet alatt, 2020. március 11. és 2022. május 31. között hosszú hónapokig csak részlegesen működött az egészségügy, így számos módon nehezült az ellátáshoz való hozzáférés. Ez a krónikus betegeknel az egészségproblémák fokozódásához, egészségromláshoz és/vagy elkerülhető halálához vezethet a jövőben. Például az elmaradt szűrések miatt később diagnosztizálják a daganatos megbetegedéseket, ami a pácienseknél a túlélési esélyeket is ronthatja. Emiatt mind az országban, mind Budapesten növekedhet az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a következő években, így az állandósuló túlterheltségre fel kell készülni a megfelelő ellátásfajtákkal, amihez optimális működési kapacitásokat szükséges megteremteni.

A koronavírus-fertőzésen átesetteknél a Covid-19-betegség mellékhatásai és utóhatásai a jövőben alakulhatnak ki. A posztakut vagy hosszú Covid-szindróma bárkit érinthet, akit megfertőzött a SARS-CoV-2 vírus, és a fertőzés súlyosságától függetlenül, később egészségügyi ellátásra szorulhat. Ellátásukra 2021. tavasz óta egyre több poszt-Covid szakambulancia áll rendelkezésre, köztük a Semmelweis Egyetemen is, de valószínűsíthető, hogy számukat a jövőben növelni szükséges. Kifejezetten a gyermekek számára nyílt ilyen ambulancia I. Számú Gyermekgyógyászati Klinikán Budapesten 2021. márciusban.

A járvány közvetett hatásai, a lelki-mentális zavarok, a depressziós tünetegyüttes, a pszichoszomatikus betegségek szintén a járvány elmúltával jelentkezhetnek. A lezárások és a bezártság miatti magányosság, a fertőzéstől való félelem, az új helyzettel járó szorongás, a távmunka és távoktatás okozta feszültségérzés vagy a poszttraumás stressz nagymértékben hozzájárult a pszichés problémák kialakulásához és elmélyüléséhez. A jövőben nagyobb figyelmet kell fordítani arra, hogy az állami ellátás is megfelelő pszichológiai/pszichiátriai szolgáltatást tudjon nyújtani a betegek számára, akár társadalombiztosítási alapon is. Ebben segíthetnek az Egészségfejlesztési Irodák (EFI), amelyeknek kiemelt szerepe van a lelki egészség védelmében. Az országban összesen 112 db EFI működött 2022-ben, ebből 6 db Budapesten a III., IV., XI., XII., XIV., XX. kerületekben. A budapesti agglomeráció következő településein található EFI: Biatorbágyon, Bicskén, Ercsiben, Monorierdőn, Szentendrén, Vácott.

A járvány mentális következményei súlyosan érintették a gyermekeket és fiatalokat is (személytelenné váló oktatás, elszigetelődés, újszerű hírfogyasztás miatt). Számukra új osztályt alakítottak ki az ország legnagyobb gyermekpszichiátriai intézményében, a Vadaskert Kórház és Szakambulancián (II. kerület).

Budapest egészségügyi ellátórendszerében lassú és fokozatos változás indulhat meg a közeljövőben. A folyamat lényegében a párhuzamos ellátások megszüntetésére, illetve a szakmai elvű és területi alapú koncentrációra épülhet. Ez a fővárosi szinten megvalósított átalakítási modell szolgálhat a későbbiekben a magyar egészségügyi rendszer átrendeződéséhez.<sup>84</sup> A fő fejlesztési irányok megnevezése és kijelölése már a 2011. évi Semmelweis Tervben is szerepeltek, amely a hazai egészségügyi rendszer megújításának stratégiai dokumentuma volt. A nemzeti szintű szakmai koncepció Budapest-specifikus elemeinek részletezését pedig a 2012. évi Budapest Egészségterv tartalmazta.

<sup>84</sup> Gaál Péter: Hogyan tovább? Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai irányai a Semmelweis Terv értelmezési keretében. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 12. (2013), 3. 10.

A nemzeti és fővárosi stratégiai fejlesztési irányok fontos részlete a területi elv érvényesítése, amely a gyakorlatban az intézményi koncentráció érvényesülését eredményezheti. Az egyik ilyen elképzelés, hogy a sürgősségi ellátás Budapesten csak néhány központban történhet meg, amihez olyan fővárosi intézményeket kell kijelölni, amelyekbe integrálható minden olyan szakma, amely a sürgősségi ellátásban szerepet játszik.

A főváros és Pest megye egészségügyi intézményeinek fejlesztését célozza meg az Egészséges Budapest Program, amelynek részeként a 2010-es évek végétől zajlik a térségben található több országos intézet, kórház és szakrendelők megújítása összesen 700 milliárd forint keretösszegben. A program során például új diagnosztikai tömb épül az Országos Onkológiai Intézetben, megújul és kibővül a Szent János Kórház, és összesen 32 szakrendelő újul meg. A járóbeteg-szakrendelők megújításában fő feladatként jelenik meg az egynapos ellátások fejlesztése, amely így már a következő években tehermentesítheti a fővárosi háziorvosi szolgálatokat. Szintén a középtávú célok között szerepel a Dél-budai Centrumkórház felépítése 1200 ágygal a XI. kerületben, amelynek az ellátási területe Pest megyén is túlmutathat.

Az egészségügyi alapellátás részeként a fővárosi háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok a jövőben folytatni fogják a praxisközösségek létrehozását, amely lehetőséget nyújt a prevenciós tevékenységek előtérbe helyezésére. Már rövid távon várható a házi-orvosi ellátás megerősödése Budapesten, amihez hozzájárulhat a járvány miatt felgyorsult egészségügyi digitalizáció is. Ennek fontos eleme lehet a jövőben a távgyógyászat és a telemedicina széles körű alkalmazása a házi-orvosi és házi gyermekorvosi ellátásban. A kedvező fejlemények mellett azonban már középtávon számítani lehet arra, hogy nagy számban fognak nyugdíjba vonulni a fővárosi házi-orvosok és házi gyermekorvosok.

A fővárosi magánegészségügyi szektor jövőjét összességében egymással ellentétes tényezők határozhatják meg. A koronavírus-járvány miatt sokakban felértékelődött az egészség, a javuló egészségtudatosság pedig a magánszolgáltatók által széles körben kínált szűrőcsomagok iránti keresletet növelheti már rövid távon. A járvány miatt az állami egészségügyben fokozódó kihívások – csökkenő kapacitások, nehezebb hozzáférés, várólisták hosszabbodása – szintén a magánegészségügy felértékelődését eredményezheti. Ennek gátja lehet, hogy az infláció növekedése és a gazdasági válság elmélyülése a fizetőképes kereslet zsugorodásához vezethet már 2022-ben is. A társadalmi polarizálódás végeredményben az egészségegyenlőtlenségek kiéleződésével járhat együtt: a jövőben kevesek kiváltsága lehet a magánszolgáltatásokhoz való hozzáférés, illetve a középosztály számára növekvő anyagi terheket jelenthet a magánegészségügy igénybevétele.

A közfinanszírozott egészségügyi rendszer leterheltségét enyhíthetik azok a jövőbeli lehetséges szakpolitikai intézkedések, amelyek jogszabályi környezetet teremthetnek meg a kiegészítő jellegű, magánegészségügyi szolgáltatásra szóló biztosításhoz. Emellett megfelelő szabályozással szintúgy kialakíthatók azok a feltételek, amelyek segítségével meglévő állami forrásokkal, egészségbiztosítási alapon lehetne hozzáférést nyújtani a magánszolgáltatásokhoz.

Az egészségügyi magánszolgáltatások iránti kereslet többféle átalakuláson ment át Magyarországon és Budapesten a járvánnyal összefüggésben. Feltételezhető, hogy a járvány lecsengésével a nagyobb volumenű új beruházások száma csökkenni fog a magánegészségügyben. A szolgáltatási paletta kiszélesítése, illetve a járvány alatt megkezdett digitalizáció is lassulhat. Az általános recessziós gazdasági környezet nem kedvez majd a magánszolgáltatók vidéki bővülésének, ezért a következő években nagyobbbrészt a budapesti magánegészségügyi vállalkozások területi koncentrációja várható.

### Felhasznált irodalom

- 1425/2017. (VI. 29.) Korm. határozat az Egészséges Budapest Program végrehajtásával kapcsolatos 2017. évi forrásigény biztosításáról.
- Ádány Róza (szerk.): *Budapest egészségterv 2012*. Debrecen, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar, 2012.
- Balogh Károly – Bezerédj Béláné: *Közlemények a budapesti agglomerációról 9. A lakosság egészségi állapota és egészségügyi ellátása*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal Budapesti és Pest Megyei Igazgatósága, 1999.
- Berza László (főszerk.): *Budapest lexikon*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1993.
- Budapest Statisztikai Évkönyve, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021.
- Bukodi Erzsébet: Társadalmi jelzőszámok – elméletek és megközelítések. *Szociológiai Szemle*, 11. (2001), 2. 35–58.
- Csanádi Gábor – Ladányi János: *Budapest térbeni-társadalmi szerkezetének változásai*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1992.
- Csapó Tamás – Lenner Tibor: *Budapest településmorfológiája*. Szombathely, Savaria University Press, 2015.
- Csébi Márk: A budapesti kerületek életminőségének területi egyenlőtlenségei. In Berkes Judit – Kecskés Petra (szerk.): „Távol és közel, az elmúlt 25 év területi folyamatai, szerkezetei, intézményei, ahogy az új generáció látja.” Győr, Széchenyi István Egyetem Regionális- és Gazdaságtudományi Doktori Iskola, 2015. 26–34.
- Csébi Márk: Az életminőség kutatása városi terekben. *Településföldrajzi Tanulmányok*, 5. (2016), 3–4. 51–65.
- Csiki Gergely: Most tényleg mindenki megrohanja a magánegészségügyi cégeket? *Portfolio*, 2020. augusztus 13. Online: [www.portfolio.hu/gazdasag/20200813/most-tenyleg-mindenki-megrohanja-a-maganegeszsegugyi-cegeket-444234](http://www.portfolio.hu/gazdasag/20200813/most-tenyleg-mindenki-megrohanja-a-maganegeszsegugyi-cegeket-444234)
- Csiki Gergely: Ők azok, akik feltörik és felforgatják a magyar egészségügyet. *Portfolio*, 2021. szeptember 13. Online: [www.portfolio.hu/gazdasag/20210913/ok-azok-akik-feltorik-es-felforgatjak-a-magyar-egeszsegugyet-499994](http://www.portfolio.hu/gazdasag/20210913/ok-azok-akik-feltorik-es-felforgatjak-a-magyar-egeszsegugyet-499994)
- Egedy Tamás: *Városrehabilitáció és életminőség*. Budapest, MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, 2009.
- Egészségesen várható élettartam régió szerint*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, (é. n.). Online: [www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0053.html](http://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0053.html)
- Gaál Péter: Hogyan tovább? Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai irányjai a Semmelweis Terv értelmezési keretében. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 12. (2013), 3. 9–14.

- Gárdos Éva: Az egészségügyi ellátóhálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években. *Demográfia*, 39. (1996), 1. 38–53.
- GKI: *Az egészségügy helyzete Magyarországon nemzetközi összehasonlításban*. Budapest, GKI Gazdaságkutató Zrt., 2019. Online: [www.gki.hu/wp-content/uploads/2019/05/GKI-Az-eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy-helyzete-20190409.pdf](http://www.gki.hu/wp-content/uploads/2019/05/GKI-Az-eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy-helyzete-20190409.pdf)
- Háziorvosok és házi gyermekorvosok megye és régió szerint*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, (é. n.). Online: [www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fea002b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fea002b.html)
- Igari András: A negyedik hullám berobbanásának nyomában: miért ekkor, miért így és miért ott? *Portfolio*, 2021. november 22. Online: [www.portfolio.hu/gazdasag/20211122/a-negyedik-hullam-berobbanasanak-nyomaban-miert-ekkor-miert-igy-es-miert-ott-511914](http://www.portfolio.hu/gazdasag/20211122/a-negyedik-hullam-berobbanasanak-nyomaban-miert-ekkor-miert-igy-es-miert-ott-511914)
- Izsák Éva – Probáld Ferenc – Uzzoli Annamária: Természeti adottságok és életminőség Budapesten. In Szabó Valéria – Orosz Zoltán – Nagy Richárd – Fazekas István (szerk.): *IV. Magyar Földrajzi Konferencia*. Debrecen, Debreceni Egyetem, 2008. 265–270.
- Józan Péter: A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980–1983. *Demográfia*, 29. (1986), 2–3. 193–342.
- Józan Péter: Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. *Statisztikai Szemle*, 72. (1994), 1. 5–21.
- Józan Péter: A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 48. (2002), 4. 419–440.
- Kincses Gyula: A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben. *Magyar Tudomány*, 180. (2019), 10. 1510–1522.
- Komjáthy Dénes: A szubjektív jóllét vizsgálata Budapest V. és XIX. kerületének példáján. *Földrajzi Közlemények*, 138. (2014), 4. 322–333.
- Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Medicina Kiadó, 2006.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád – Székely András: Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Medicina Kiadó, 2006. 84–105.
- Kormos Olga: Magánegészségügyi cégek: egyeseknek a pandémia szépen hozott a konyhára. *Mfor.hu*, 2021. június 3. Online: <https://mfor.hu/cikkek/makro/maganegeszessegugyi-cegek-egyeknek-a-pandemia-szepen-hozott-a-konyhara.html>
- Kovács Sándor Zsolt – Uzzoli Annamária: A koronavírus-járvány jelenlegi és várható egészségkockázatainak területi különbségei Magyarországon. *Tér és Társadalom*, 34. (2020), 2. 155–170.
- Kovács Sándor Zsolt – Koós Bálint – Uzzoli Annamária – Páger Balázs – Egyed Ildikó: Regional Effects of the COVID-19 Pandemic and Policy Responses in Hungary. *R-Economy*, 6. (2020), 3. 208–221.
- Kovács Zoltán – Dövényi Zoltán: Budapest és térsége. In Kocsis Károly – Kovács Zoltán – Nemerikényi Zsombor – Kincses Áron – Tóth Géza (szerk.): *Magyarország Nemzeti Atlasza. III. Társadalom*. Budapest, Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, 2021. 128–139.
- KSH: *A főváros 120 éve, 1873–1993*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal Pest megyei Igazgatóság, 1995.
- KSH: *Egészségügyi helyzetkép, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021a. Online: [www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszessegugyi\\_helyzetkep\\_2019.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszessegugyi_helyzetkep_2019.pdf)

- KSH: *Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 – Egészségügyi ellátás, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021b. Online: [www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_o\\_kiadvany\\_id=1063976&p\\_temakor\\_kod=KSH&p\\_lang=HU](http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_o_kiadvany_id=1063976&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU)
- KSH: *Európai lakossági egészségfelmérés, 2019 – Szubjektív jóllét, mentális egészség, 2019*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021c. Online: [www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szubjektiv\\_jolet\\_2019/index.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szubjektiv_jolet_2019/index.html)
- KSH: *Születéskor várható átlagos élettartam – járási adatok 2020. évre*. Egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállomány. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2022.
- Lantos Gabriella: A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése. In Kolosi Tamás (szerk.): *Társadalmi riport 2018*. Budapest, Tárki Zrt., 2018. 286–308.
- Lennert József: A SARS-COV-2 vírus magyarországi terjedésének ágens alapú modellezése – az első járványhullám tapasztalatai. *Tér és Társadalom*, 35. (2021), 3. 3–32.
- Michalkó Gábor: *Boldogító utazás. A turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai*. Budapest, MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, 2010.
- Mikola István: Egészségügy. In Kasza Sándor (főszerk.): *Budapest kézikönyve. I. A főváros általános leírása*. Budapest, CEBA, 1998. 156–159.
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő: *Védőnői szolgálatok*. (é. n.). Online: [www.neak.gov.hu/felso\\_menu/lakossagnak/szerzodott\\_szolgaltatok/vedonoi\\_szolgaltatok.html](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/vedonoi_szolgaltatok.html)
- Pál Viktor – Uzzoli Annamária – Boros Lajos – Fabula Szabolcs – Trócsányi András – Nagy Gábor – Pirisi Gábor – Kovalcsik Tamás: Életkörülmények, életminőség. Az életkörülmények és az életminőség emberi oldala. In Kocsis Károly – Kovács Zoltán – Nemerikényi Zsombor – Kincses Áron – Tóth Géza (szerk.): *Magyarország Nemzeti Atlasza. III. Társadalom*. Budapest, Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, 2021a. 150–159.
- Pál Viktor – Boros Lajos – Trócsányi András – Uzzoli Annamária – Nagy Gyula – Kovalcsik Tamás – Szilassi Péter – Gál Tamás – Gulyás Ágnes – Pirisi Gábor – Ilcsikné Makra Zsófia – Lados Gábor: Életkörülmények, életminőség. Az életkörülmények és az életminőség települési oldala. Települési környezet. In Kocsis Károly – Kovács Zoltán – Nemerikényi Zsombor – Kincses Áron – Tóth Géza (szerk.): *Magyarország Nemzeti Atlasza. III. Társadalom*. Budapest, Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, 2021b. 170–175.
- Papp Sándor – Nagy Gyula – Boros Lajos: A kedvezményezett települések objektív életminőség alapján történő lehatárolási lehetőségei. *Területi Statisztika*, 57. (2017), 6. 639–664. Online: <https://doi.org/10.15196/TS570603>
- Perczel Anna: Városrendezés a Józsefvárosban. *Tér és Társadalom*, 6. (1992), 3–4. 11–45.
- Rékassy Balázs: Virágozzék minden virág? A hazai magán egészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 13. (2014), 10. 12–19.
- Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország*. Szakmai koncepció. Budapest, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011.
- Szirmai Viktória (szerk.): *A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé*. Székesfehérvár, Kodolányi János Főiskola, 2015.
- Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor nem, megye és régió szerint*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, (é. n.). Online: [www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0039.html](http://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html)
- Tér-Kép 2020*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2022. Online: [www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/ter\\_kep\\_2020.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/ter_kep_2020.pdf)

- Területi Statisztikai Évkönyv, 2019.* Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021.
- Tokaji Károlyné – Faragó Miklós – Boros Julianna: Objektíven szubjektív. *Statisztikai Szemle*, 89. (2011), 7–8. 768–789.
- Utasi Ágnes (szerk.): *Az életminőség feltételei.* Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete, 2007.
- Uzzoli Annamária: A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai. *Tér és Társadalom*, 21. (2007), 3. 103–115.
- Uzzoli Annamária: Az egészségi állapot területi különbségei a közép-magyarországi régióban. *Területi Statisztika*, 48. (2008), 3. 357–366.
- Uzzoli Annamária: A Közép-Magyarországi régió egészségügyi helyzete. In Csiszér Zoltán (szerk.): *Közép-Magyarországi régió.* I. kötet. Budapest, Csiszér Kiadó, 2010. 423–444.
- Uzzoli Annamária – Kovács Sándor Zsolt – Páger Balázs – Szabó Tamás: A hazai COVID–19-járványhullámok területi különbségei. *Területi Statisztika*, 61. (2021), 3. 291–319.