



Területi Statisztika

Közzététel: 2025. szeptember 30.

A tanulmány címe:

A hajléktalanságban élők egészségügyi ellátásának jellemzői és területi különbségei Magyarországon, 2015–2021

Szerzők:

Vajdovich Noémi–Fadgyas-Freyler Petra–Uzzoli Annamária

<https://doi.org/10.15196/TS650502>

Az alábbi feltételek érvényesek minden, a Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) Területi Statisztika c. folyóiratában (a továbbiakban: Folyóirat) megjelenő tanulmányra. Felhasználó a tanulmány, vagy annak részei felhasználásával egyidejűleg tudomásul veszi a jelen dokumentumban foglalt felhasználási feltételeket, és azokat magára nézve kötelezőnek fogadja el. Tudomásul veszi, hogy a jelen feltételek megszegéséből eredő valamennyi kárért felelősséggel tartozik.

- 1) A jogszabályi tartalom kivételével a tanulmányok a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. törvény (Sztj.) szerint szerzői műnek minősülnek. A szerzői jog jogosultja a KSH.
- 2) A KSH földrajzi és időbeli korlátozás nélküli, nem kizárólagos, nem átadható, térítésmentes felhasználási jogot biztosít a Felhasználó részére a tanulmány vonatkozásában.
- 3) A felhasználási jog keretében a Felhasználó jogosult a tanulmány:
 - a) oktatási és kutatási célú felhasználására (nyilvánosságra hozatalára és továbbítására a 4. pontban foglalt kivétellel) a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
 - b) tartalmáról összefoglaló készítésére az írott és az elektronikus médiában a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
 - c) részletének idézésére – az átvevő mű jellege és célja által indokolt terjedelemben és az eredetihez híven – a forrás, valamint az ott megjelölt szerző(k) megnevezésével.
- 4) A Felhasználó nem jogosult a tanulmány továbbértékesítésére, haszonszerzési célú felhasználására. Ez a korlátozás nem érinti a tanulmány felhasználásával előállított, de az Sztj. szerint önálló szerzői műnek minősülő mű ilyen célú felhasználását.
- 5) A tanulmány átdolgozása, újra publikálása tilos.
- 6) A 3. a)–c.) pontban foglaltak alapján a Folyóiratot és a szerző(ke)t az alábbiak szerint kell feltüntetni:

„Forrás: Területi Statisztika c. folyóirat 65. évfolyam 5. számában megjelent, Vajdovich Noémi–Fadgyas-Freyler Petra–Uzzoli Annamária által írt, A hajléktalanságban élők egészségügyi ellátásának jellemzői és területi különbségei Magyarországon, 2015–2021 c. tanulmány”

- 7) A Folyóiratban megjelenő tanulmányok kutatói véleményeket tükröznek, amelyek nem esnek szükségképpen egybe a KSH, vagy a szerzők által képviselt intézmények hivatalos álláspontjával.

A hajléktalanságban élők egészségügyi ellátásának jellemzői és területi különbségei Magyarországon, 2015–2021

Characteristics and regional differences in healthcare utilization for people experiencing homelessness in Hungary, 2015–2021

Vajdovich, Noémi

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Természettudományi Kar Regionális
Tudományi Tanszék,
Városkutatás Kft.
E-mail: vajdovich@mri.hu

Fadgyas-Freyler, Petra

Budapesti Corvinus Egyetem
Társadalom- és Politikatudományi
Intézet Egészségpolitika Tanszék
E-mail:
petra.freyler@uni-corvinus.hu

Uzzoli, Annamária

HUN-REN Csillagászati és
Földtudományi Kutatóközpont
Földrajztudományi Intézet
E-mail:
uzzoli.annamaria@csfk.hun-ren.hu

A rendszerváltozás, azaz 1989 után tömegesen megjelent hajléktalanság jellemző szociális és egészségügyi kihívássá vált Magyarországon. A hajléktalan élethelyzetbe kerültek megélhetési és lakhatási problémáik mellett számos betegséggel, valamint fogyatékkal néznek szembe. Kezelésük több konfliktushelyzetet idéz elő az állami egészségügyi ellátásban, emiatt gyógyításuk speciális egészségügyi ellátást igényel, azonban ennek szakmai háttere és területi elterjedése nem egységes. Jelen tanulmány célja a hajléktalan élethelyzetben lévőkkel kapcsolatos állami és specializált egészségügyi ellátás lehetőségeinek, feltételeinek értelmezése, egyben területi különbségeinek, valamint az egészségi állapotukkal kapcsolatos főbb jellemzők bemutatása.

A kutatás kevert módszertanra, azaz a kvantitatív és a kvalitatív vizsgálati technikák együttes használatára épül. A szakirodalmi feldolgozás során a témában releváns nemzetközi és hazai kutatási előzményeket értékelik a szerzők. A tartalomelemzés a hajléktalan státus jogszabályi vonatkozásaira terjed ki. A leíró statisztikai elemzések a megbetegedési és az igénybevételi adatokra épülnek, amelyeket kiegészít az erre a betegkörre specializált egészségügyi ellátás – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK) származó, 2015–2021. évi – intézményi adatainak elemzése. A NEAK-adatbázis a vizsgált időszakban a jellemzően az adott évben elsődlegesen hajléktalan státussal rendelkező személyek (N = 11 857) és kontrollcsoportjuk (N = 59 285) számát tartalmazza.

A szerzők az adatbázisban a vizsgált hajléktalannépesség mellett nemek és korcsoportok szerint illesztett ötszörös kontrollcsoportot alkalmaztak. A területi vizsgálati szintek az országstól a vármegyéken keresztül a helyi, települési szintig terjednek, míg a nemzetközi szakirodalmi kitekintés elsősorban Kelet-Közép-Európára fókuszál. A kvalitatív vizsgálat-hoz a szerzők 2023 őszén és 2024 év elején szakértőkkel ($N = 7$) és hajléktalanokkal ($N = 6$, félig strukturált) interjúkat készítettek. A legfontosabb eredmények között említhető, hogy a társadalombiztosítási jogosultság megszerzésének nehézségei, valamint az élethelyzettel együtt járó megbélyegzés a legmeghatározóbb tényező a hajléktalanságban élők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseben. Egészségügyi ellátásuk a legtöbb esetben nemcsak orvosi, hanem szociális feladatként is jelentkezik az ellátórendszerben. A legtöbb hajléktalan számos egészségügyi problémával (például pszichiátriai kórképek, függőségek, fertőző betegségek) él együtt, és gyakran egyszerre több, súlyos betegsége is van (multimorbiditás). Az ezekkel kapcsolatos szükségleteket és igényeket ugyanakkor a hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatások nem tudják teljeskörűen ellátni, mert ezek ma Magyarországon mind szakmailag, mind területileg hiányosak. Minél kisebb a település, annál kisebb annak az esélye, hogy a hajléktalan speciális egészségügyi ellátást kaphasson. A vizsgálati eredmények alkalmasak olyan javaslatok kidolgozására, amelyek javíthatják a hajléktalanságban élők egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.

Kulcsszavak:

hajléktalan élethelyzetbe kerültek, egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, egészségügyenlétlenségek, területi különbségek, Magyarország

Homelessness became prevalent after the regime change of 1989 in Hungary. People experiencing homelessness (PEH) face many diseases and disabilities in addition to their housing problems which are challenges not only for social care, but also for health care.

Their treatment leads to many conflicts in the public health sector. The professional background and regional distribution of special health care services for them is extremely incomplete. The aim of this paper is to examine the health care utilisation of people experiencing homelessness and its regional differences in Hungary, and in this context to explore the main characteristics of their health status. The analysis also covers the interpretation of special health care providers for people experiencing homelessness and their regional characteristics.

The examinations are primarily based on mixed methodology, the joint application of quantitative and qualitative techniques. The task of literature review is to make international outlook and to summarize the relevant domestic antecedents. The content analysis introduces the legal interpretation of the homeless status. The descriptive statistical analyses focus partly on morbidity data, partly on the using data of health services, and partly on the institutional data of special health care services. The data come from the National Health Insurance Fund of Hungary (NEAK), and refer to the period of 2015–2021. The number of the examined homeless population represents only those ($N = 11,857$) who were registered and thus entitled as homeless for health service in Hungary during this period. Besides the homeless population, the database contains a five-fold control group ($N = 59,285$) matched by gender and age group. The regional level of the examinations extends from the settlement (LAU 2) through the county (NUTS 3) to the national level (NUTS 1), with the international outlook primarily focused on Eastern-Central Europe. The qualitative examinations cover semi-structured interviews with experts ($N = 7$) and people experiencing homelessness themselves ($N = 6$). The interviews were carried out in the fall of 2023 and early 2024.

Among the most important results it can be mentioned that problems with social security eligibility is the most determinative factor in access to health care for people experiencing homelessness. In most cases, their health care treatment is not only a medical task, but also a social one. They face serious health problems (e.g. psychiatric disorders, addictions, infectious diseases) and multimorbidity, but the needs arising from these can only be partially met by the direct special services offering the health care to people experiencing homelessness. In addition, there are large regional differences in the institutional network of their special health care, because these are mostly concentrated in the capital and county seats. The smaller the settlement, the less likely it is that the homeless client will receive special health care.

Keywords:

people experiencing homelessness,
access to health care,
health inequalities,
regional differences,
Hungary

The results and findings are suitable for proposals that can help improve the access of people experiencing homelessness to health care.

Beküldve: 2024. december 16.

Elfogadva: 2025. március 5.

Bevezetés

A szocializmus évei alatt hivatalosan nem létezett a hajléktalanság mint jelenség Magyarországon (Nagy 2009), ugyanis azt kizárólag rendészeti kérdésnek tekintették (Horváth 2012). A rendszerváltozás, azaz 1989 után a jogállamiság kialakulásával párhuzamosan a közterületi hajléktalanság kezelése a rendvédelem hatásköréből átkerült a szociális ellátások területére (Győri 2020a).

A rendszerváltozással egyidőben azonban nyilvánvalóvá és egyúttal tömegessé vált a hajléktalanság Magyarországon. A kiváltó okokat az 1990-es évek elején kialakult újszerű gazdasági helyzettel (például a piacgazdaságba való átmenet, a munkanélküliség növekedése) magyarázható (Nemes Nagy–Tagai 2009, Kiss–Szalkai 2014), de közvetlenül például az állami nagyvállalatok felszámolásával az egykori munkásszállók is megszűntek, ami közvetlenül hozzájárult a hajléktalanság növekedéséhez ebben az időszakban (Darók 2004, Kajtor 2007). Tény, hogy a gyorsan romló életkörülmények sok ember esetében elmélyítették a megélhetési és a lakhatási problémákat (Teller et al. 2023). A szociális ellátóhálózatot is váratlanul érte a mélyszegénység azon formája,

amikor is megszűnt a megfelelő minőségű és biztonságos lakóhely lehetősége, az emberek nagy számban kerültek az utcára, így a közterületi hajléktalanság állandó jelenséggé vált a városokban. A hajléktalanellátás intézményrendszere is jellemzően a városokban volt elérhető (Jóna–Hajnal 2014). A magyar hajléktalanellátás több mint harminc éve kezdett el működni, de hamar egyértelművé vált, hogy a hajléktalanságban élők ellátásában nemcsak a szociális ellátóhálózat, de maga az egészségügyi ellátás is kiemelt szerepet játszik. Gurály–Varga (2013) ezt azzal magyarázza, hogy a hajléktalanság már korábban is sokszor súlyos egészségügyi problémákkal járt együtt (például pszichiátriai kórképek, függőség, fogyatékoság stb.), a rossz egészségi állapot pedig tovább nehezítette ezeknek az embereknek az esélyeit a megélhetésre, a munkaszerzésre és a jobb körülményekre [1].

A Február Harmadika Munkacsoport (2023) felmérése szerint a hajléktalan élet-helyzetben lévők 80%-a városokban koncentrálódik, és közülük minden második a fővárosban él [2]. Emiatt is ezekben a városokban találhatók a nagyobb hajléktalanellátók, valamint az állami szolgáltatásoktól független specializált egészségügyi ellátás is inkább a városokra jellemző Magyarországon (Vajdovich 2024a). Mindezekből kiindulva jelen tanulmányunk alapvető célkitűzése a hajléktalanságban élők egészségügyi szolgáltatórendszerének és az ellátások területi különbségeinek vizsgálata, illetve ezzel összefüggésben egészségi állapotuk főbb jellemzőinek feltárása. Az egészségügyi ellátás elemzése részben kitér a hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás és annak területi jellemzőinek a bemutatására is. Kiemeljük, hogy jelen tanulmányunkban tágabb értelemben alapvetően nem foglalkozunk a hajléktalanellátással és annak szociális kérdéseivel.

Fogalommagyarázat

Előljáróban fontosnak tartjuk a témában releváns két alapfogalom, a hajléktalanság és a hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás meghatározását, valamint az ezekkel kapcsolatos szakkifejezések magyarázatát.

Az elnevezés az angolszász szakirodalomban legtöbbször azokra utal, akik megtagadják, átélik a hajléktalanságot, fedélnélküliséget, hajléktalan élethelyzetbe sodródnak (people experiencing homelessness, PEH) (például Vohra et al. 2022).

A hajléktalanságot többféle módon közelíthetjük meg, például jogi, közgazdasági, szociológiai, lakhatási, megélhetési, fejlődéslélektani, egészségügyi stb. szempontok alapján (Breitner 1999). Az bizonyosan tény, hogy e komplex, soktényezős jelenség meghatározása is általában országonként eltérő. Magyarországon az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról kettős meghatározást használ [8]. A törvény egyrészt úgy fogalmaz, hogy hajléktalan „a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalan szállás”, azaz adminisztratív, lakcímbejelentési problémának tekinti a hajléktalanságot. Másrészt, a törvény szerint az a hajléktalan, „aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szol-

gáló helyiségben tölti”. Az ellátórendszerben ugyanakkor a hajléktalanellátás ritkán kapcsolódik össze a lakhatási problémákkal összefüggő más beavatkozásokkal, hiszen a szociális ellátásban inkább az egyéni gondozásra, személyes ápolásra helyezik a hangsúlyt (Gyuris–Oross 1999, Fehér 2008). A [8] törvény rendelkezései szerint az 1997. évi LXXX. törvény [9] a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló jogszabály értelmében egészségügyi szolgáltatásra jogosult – az e törvény szerint biztosított, illetőleg a 13. § szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosultakon túl – az, „aki egészségügyi szolgáltatásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik, hajléktalan és szociális rászorultságát a tartózkodási helye szerint illetékes települési önkormányzat polgármestere megállapította”.¹ Számtalan nehézséggel jár a törvény alkalmazása, amely három különböző feltétel együttes fennállásához, bizonyításához és részben ügyintézéséhez köti a jogosultságot.

A jogi meghatározás mellett szociológiai szempontból tágabb keretek között is lehet értelmezni a hajléktalanság fogalmát. Eszerint a következők tekinthetők hajléktalannak (Pik 1995):

- akinek nincs megfelelő fedél a feje felett;
- aki egy hónapon belül elveszítheti a fedelet a feje fölül;
- akinek bizonytalan a bérleményben való lakhatás, és arra kényszerül, hogy záros határidőn belül másikat keressen;
- aki romos épületekben vagy egyéb elhagyott helyeken húzza meg magát.

A Hajléktalanokkal Foglalkozó Nemzeti Szervezetek Európai Szövetsége (European Federation of National Organisations Working with the Homeless – FEANTSA) kidolgozta a hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiáját (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion – ETHOS) (FEANTSA 2017), amely az otthon fogalmából kiinduló meghatározását három dimenzióra osztja fel:

1. fizikai dimenzió: egy – az egyén és családja által kizárólagosan birtokolt – megfelelő (hely) lakóhely;
2. szociális dimenzió: egy olyan hely, ahol az ember kialakíthatja privát terét és fenntarthatja emberi kapcsolatait;
3. jogi dimenzió: hely, ahol az ember megfelelő jogcímmel rendelkezik az ott-tartózkodásra.

¹) A hajléktalanokról az egészségbiztosítási szervnek bejelentést tesznek a következő intézmények vezetői: hajléktalanok otthona, hajléktalanok átmeneti szállása, hajléktalanok rehabilitációs intézménye, hajléktalanok éjjeli menedékhelye, hajléktalanok nappali melegedője. A bejelentésről az intézmény vezetője igazolást ad ki a hajléktalan részére. A bejelentés és az igazolás érvényessége a bejelentés napját magában foglaló naptári hónapot követő hatodik naptári hónap utolsó napjáig tart.

Ez a három dimenzió kijelöli azt a négy fogalmi keretet, amelyek az otthon hiányának meghatározására alkalmazhatók:

1. fedélnélküliség: például utcán tartózkodás;
2. lakástalanság: például lakás vagy bérlemény hiánya;
3. bizonytalan lakáshelyzet: például lakástulajdonos bármikor felbonthatja a bérleti szerződést;
4. elégtelen lakáskörülmény: például alacsony komfortfokozatú lakásban való lakhatás.

Az ETHOS a hajléktalanságban élőket a lakhatási és élethelyzetük szerint sorolja az ismertetett fogalmi keretek szerinti alcsoportokba, amelyek 13 gyakorlati kategóriát képeznek, és különböző szakmapolitikai célokra alkalmazhatóak, mint például a hajléktalanság problémáinak feltérképezése, valamint a politikák kialakítása, monitorozása és értékelése (FEANTSA 2017).

A hajléktalanság fogalmi megközelítése mellett fontos feladat az egészségügyi ellátásuk feltételeinek meghatározása is. A közfinanszírozott egészségügyi ellátás előfeltétele az érvényes társadalombiztosítási jogosultság (vagyis az ún. „zöld” taj-kártya, társadalombiztosítási azonosító jel – taj). A hajléktalanoknak is érvényes taj-számra van szükségük az állami egészségügyi ellátáshoz történő hozzáféréshez Magyarországon, azonban sokszor előfordul, hogy az elveszett, megrongálódott vagy ellopták, illetve érvénytelen lakcím miatt eleve ki sem tudják váltani a taj-kártyát (Simek 2018).

Nem csak jogi értelemben merülhetnek fel akadályok a hajléktalan élethelyzetben lévők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseben. Az állami egészségügyi intézményekben ugyanis sokszor konfliktusforrást jelent az ellátásuk, mert a beteg hajléktalan gyógyítása az egészségügyi szempontok mellett szociális jellegű feladatnak is minősül (Kovács 2019). A hajléktalanok gyakorta nem megfelelő higiénés állapotban kerülnek be az intézményekbe, amely mentális és fizikai terhet jelent mások számára is (Simek 2020). Azok a hajléktalanságban élők, akiknek a múltját állami gondozás és/vagy fogva tartott jogviszony jellemezte (Bényei et al. 2018, Győri 2021), sokszor – ha az egészségügyi ellátásba kerülnek –, a zárt térben a bezártságtól zaklatott lelkiállapotba kerülhetnek, ami adott esetben pánikot kelthet bennük, és kellemetlen helyzetek kialakulásához vezethet. A hajléktalanok nehézkes egészségügyi ellátásához az is hozzátartozik, hogy a túlterhelt, orvos- és nővérhiánnyal küszködő állami szolgáltatóknál nincs elég idő arra, hogy hosszabb ideig foglalkozzanak velük, és elég kapacitás sincs ahhoz, hogy az egészségügyi személyzet felkészüljön arra, hogy velük másféle orvos-beteg kapcsolatot kell kialakítani. Így sokszor mentális, fizikai és szellemi terhet jelenthet a jelenlétük maguknak az egészségügyi ellátóknak is (Marek et al. 2020). A hasonló helyzetek megoldására alakultak ki a jellemzően önkormányzati, alapítványi és egyházi fenntartású ún. hajléktalanokra specializált egészségügyi intézmények, ahol az ellátók mindenféle társadalombiztosítási jogosultság nélkül is ellátják az arra rászorulókat függetlenül attól, hogy milyen higiénés állapotban jelennek meg ott. Ebben a specializált ellátásban mind az alap-, a járó- és a fekvőbeteg-ellátás is ugyanúgy megtalálható, mint

az állami egészségügyi ellátásban, azonban eleve nagyok a területi különbségek a földrajzi elhelyezkedésükben (Simek 2020).

Léteznek olyan közfinanszírozott háziorvosi szolgálatok, amelyek hajléktalanokkal foglalkoznak, és köztük vannak 24 órás ellátást biztosító szolgálatok is. A háziorvosi ellátás részét képezik a mozgó orvosi szolgálatok: ezek speciálisan kialakított mentőautókból állnak, amelyek a szociális munkásokkal együttműködve (munkanapokon vagy adott esetben akár a hét minden napján) járják körbe a hajléktalanságban élők által sűrűn látogatott területeket, az átmeneti szállásokat és az éjjeli menedékhelyeket azzal a céllal, hogy egészségügyi ellátást nyújtsanak a rászorulóknak. A specializált járó- és fekvőbeteg-ellátás intézményileg elkülönül az állami ellátástól, illetve inkább szakosodik a hajléktalanokat gyakrabban érintő egészségügyi problémákra, vagy olyan szolgáltatásokat nyújt, amelyek jobban illeszkednek az élethelyzetükhöz. Előfordul, hogy az éjjeli menedékhelyen „lábadozót” hoznak létre, illetve a különböző bentlakásos intézményekben betegszobák állnak rendelkezésre (Nagy-Borsy et al. 2021), de ezek nem tekinthetők önálló egészségügyi szolgáltatásnak. Mindezek mellett az őket ellátó szociális intézmények is kötelesek a hajléktalanok részére egészségügyi alapellátást biztosítani (például egészségi állapot rendszeres ellenőrzése, orvosi tanácsadás, egészségügyi szűrővizsgálat, gyógyszerrendelés, szükség esetén beutaló stb.) (Sárosi 2021).

Összességében kiemeljük, hogy kutatásunknak alapvetően nem volt célkitűzése a hajléktalanság fogalmának minden szempontból történő meghatározása, de elsősorban a társadalombiztosítás szempontjából fontosnak tartjuk annak jogi megközelítését. Ebben alapvetően mérvadó a NEAK nyilvántartása és adminisztratív adatbázisa azokról a hajléktalanként nyilvántartottakról, akik egészségügyi szolgáltatásra jogosultak. A jogosultságot az alapozza meg, hogy az illetőt az arra jogosult szolgáltatók hajléktalanként jelentik a NEAK felé, és számukra igazolást adnak ki. A bejelentési és adatszolgáltatási kötelezettséget a [9] 44/A § (10.) bekezdése szabályozza. A bejelentés alapján keletkező jogosultság – mint korábban említettük – a bejelentést követő hatodik hónap végéig tart.

Statisztikai vizsgálatainkat nagyrészt a NEAK által számunkra közreadott adatbázis alapján végeztük, így tanulmányunkban a hajléktalanokra vonatkozó meghatározás esetében is alapvetően a NEAK által a társadalombiztosítási jogosultság alapján alkalmazott megközelítést tartjuk mérvadónak. Emellett bizonyos esetekben használunk egyéb statisztikai adatokat is a hajléktalanokra vonatkozóan, amelyek specifikus meghatározását és mérési módszertanát az „Adatok és módszertan” fejezetben mutatjuk be (például Február Harmadika Munkacsoport adatainál [2]).

Adatok és módszertan

Jelen tanulmány alapvető célkitűzése annak bemutatása, hogy a hajléktalan élethelyzetben lévők a mai Magyarországon milyen egészségügyi problémákkal néznek szembe, és

helyzetükből fakadóan hogyan alakul egészségügyi ellátásuk, valamint milyen specializált egészségügyi ellátásokban részesülhetnek. Azokban a vizsgálatokban, ahol megfelelő területi bontású adatok hozzáférhetőek voltak, igyekeztünk a területi jellemzőket és különbségeket is bemutatni az országos szinttől kezdve a vármegyéken át a településekig.

A fő vizsgálati kérdéseink a következők:

- Milyen különbségek jellemzik a hajléktalanok és nem hajléktalanok egészségi állapotát?
- Vannak-e területi különbségek a hajléktalanok által igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokban?
- Milyen a területi mintázata a hajléktalanságban élőkre specializált egészségügyi intézményeknek?

A kutatás kevert módszertanra, azaz kvantitatív és kvalitatív vizsgálati technikák együttes használatára épült (Tariq–Woodman 2013, Wisdom–Creswell 2013, Király et al. 2014), elsősorban az ún. összetartó párhuzamos felépítés alkalmazásán keresztül (például Király et al. 2014, Beharie et al. 2020). Ennek lényege, hogy a kvantitatív és a kvalitatív adatgyűjtés, -elemzés eredményeit csak a végső összehasonlításnál, valamint az összefüggések értelmezésénél kapcsoltuk össze. Ilyen módon a külön úton és egymástól függetlenül nyert eredmények kiegészítették egymást, és így összetettebben jellemezték a vizsgált témakört.

A kvantitatív módszertan alkalmazásában leíró jellegű statisztikai vizsgálatokhoz folyamodtunk, amelyeket a következő adatbázisok felhasználásával végeztünk el:

1. Hajléktalan élethelyzetben lévők területi eloszlásának vizsgálata: az erre vonatkozó adatok területi bontása jelentős mértékben korlátozott, illetve a különböző években készített felmérések részletezettsége között is számottevő különbségek vannak. Ezek alapján a vizsgálatban leginkább a Menhely Alapítvány által szervezett 2023. évi felmérés adatait alkalmaztuk, amely az ún. Február Harmadika Munkacsoport adatfelvétel részét képezte [2]. Magyarországon 1999 óta minden év február 3-án kérdőíves – anonim – adatfelvétel zajlik a hajléktalanok körében, kizárólagosan a városokban. A vizsgálat sorozat módszertana meghatározza a felmérésbe bekerülők körét, tehát a felhasznált adatok csak ezen feltételek között értelmezhetők, illetve az adatok nem fedik le teljeskörűen a hazai hajléktalannépességet. A módszertan lényege, hogy minden év február 3-án közterületen vagy hajléktalan szálláshelyen (beleértve az időszakos, az ideiglenes és a krízisszállásokat is) alvó hajléktalanokat kérdezik meg önkéntesek a felmérésben, de a nappali melegezőkben és a népkonyhákban nem végzik el az adatfelvételt. A 2023. évi felmérést 2023. február 3–16. között készítették (Február Harmadika Munkacsoport 2023).
2. Hajléktalanságban élők egészségi állapotának vizsgálata: ennek során egyedi adatkéréssel fordultunk a NEAK-hoz. Az így elért NEAK-adatbázis 2015 és 2021 között jellemzően a hajléktalanként nyilvántartottakat ($N = 11\,857$), valamint életkor, illetve nemek szerint illesztett ötszörös kontrollcsoportjukat

- ($N = 59\,285$) tartalmazta [3]. A NEAK-adatbázis magában foglalta mindkét csoport aggregált halálozási adatait (az elhalálozás időpontját), illetve megbetegedési csoportonként a hajléktalan- és a kontrollcsoportban az egészségbiztosítási költségek összegét (forint) és betegszámát. A NEAK-adatbázis hajléktalanokra vonatkozó nyilvántartásának szabályozási háttérét a „Fogalommagyarázat” fejezetben mutattuk be részletesen, ezen információk birtokában lehet figyelembe venni az elemzések keretfeltételeit és részbeni korlátait is.
3. Hajléktalanok járó- és fekvőbeteg-ellátás igénybevétele: az egyedi adatkérés során elért NEAK-adatbázis tartalmazta a hajléktalanokra, valamint a kontrollcsoportra a járó- és a fekvőbeteg-ellátásban összegzett 2015 és 2021 közötti időszakra vonatkozó aggregált betegszámokat vármegyei bontásban [3].
 4. Hajléktalanok mentő általi sürgősségi ellátásának vizsgálata: az egyéni adatkérés során elért NEAK-adatbázisnak részét képezte egy mentési adattábla, amely a hajléktalanokra és a kontrollcsoportra a mentők által végzett mentések aggregált esetszámát, valamint betegszámát tartalmazta a felvevő és a leadó település szerinti bontásban [3]. Az adattábla ellátási esetszáma² összesen 51 480 volt, amelyhez 79 142 mentési alkalom kötődött. Ez a hajléktalanként nyilvántartottnál 31 302 esetet jelentett, akiket 54 071-szer szállította el a mentő, a kontrollcsoportnál pedig 20 178 eset volt, összesen 25 071 mentéssel. A mentés, az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a megtalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet – Országos Mentőszolgálat – által végzett sürgősségi ellátása, illetve ehhez szükség szerint kapcsolódóan – az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas – legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása (NEAK 2023, NEAK Tudástár – Kisokos 2024).
 5. Hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás területi mintázatának vizsgálata: a hajléktalanokkal foglalkozó specializált egészségügyi ellátókra vonatkozó adatok a NEAK-kal szerződésben álló intézményekről, szolgáltatókról vannak. Ilyen például a „hajléktalanokat ellátó háziorvosi szolgálatok” adattábla [4].

A NEAK-adatokat térképeken elsősorban vármegyei és települési szinten ábrázoltuk, többféle skálabeosztással, amelyeket az egyes ábráknál részletezünk.

Kiemeljük, hogy a statisztikai vizsgálatba bevont NEAK-adatok, illetve a hajléktalanok azokon alapuló száma nem fedi le teljeskörűen a hazai hajléktalannépességet, így az eredmények és az azok alapján levont következtetések kizárólag azokra a hajléktalanokra vonatkoznak, akik a korábban leírt jogosultság alapján érvényes „zöld lámpás” társadalombiztosítási azonosítóval rendelkeztek, és valamilyen okból a szociális és/vagy az egészségügyi ellátórendszer közelébe kerültek. Mindezekből kifolyólag a vizsgálatba bevont hajléktalanok vélhetően az átlagos hajléktalannépességnél rosszabb egészségi állapotúak. Az eredmények reprezentativitása csak ezen feltételek

² Az ellátási esetszám az egyedi taj-számon alapul: kiszámításába beletartozik az éves ismétlődés is, akár többféle betegség esetében is.

mellett értelmezhető, illetve ezek a kutatásunk korlátozó tényezői között említhetők. Szintén ki kell emelnünk, hogy a NEAK és a Február Harmadika Munkacsoport által közreadott adatok – azok eltérő mérési módszertana miatt – egymással nem összehasonlíthatók, ezáltal alapvető különbség van a hajléktalanságban élők csoportjának meghatározásában. A Február Harmadika Munkacsoport 2023. évi adatait arra használtuk fel, hogy felmérési eredményeik alapján információkat szerezzünk a hazai hajléktalannépesség számáról és területi megoszlásáról a városokra vonatkozóan, míg a NEAK-adatok segítségével elemeztük az általuk hajléktalanként nyilvántartott népesség egészségi állapotát és egészségügyi ellátásának jellemzőit.

A kvalitatív módszertan alkalmazásában a hajléktalanságban élők egészségi állapota és a hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás jellemzőinek, továbbá azok területi különbségeinek feltárásához szakértőkkel ($N = 7$) és hajléktalanokkal ($N = 6$, félig strukturált) interjúk is készültek 2023. október közepe – 2024. február közepe között (Függelék F1. táblázat). Ezek során tulajdonképpen olyan hajléktalanokat kérdeztek meg, akik hajléktalanszállóban laktak, és az interjúkészítés pillanatában a NEAK által nyilvántartott hajléktalanok közé tartoztak.

A szakértői interjúk a hajléktalanellátás egészségügyi szegmensében releváns – hólabda módszerrel kiválasztott – szereplőkkel készültek, és a következő témakörökre vonatkoztak: jellemző betegségek, a hajléktalanok egészségügyi ellátásában jelenlévő strukturális problémák, a specializált egészségügyi ellátás intézményi háttere stb. Az interjúkhoz kiválasztott szakértők tágabb értelemben, széleskörűen kötődtek a hazai hajléktalanellátáshoz, így komplex módon tudtak válaszolni a felmerülő kérdésekre.

A hajléktalanokkal készült interjúk mindegyikére szociális intézményekben került sor, a következő főbb témakörökben: egészségügyi panaszok, diagnosztizált betegségek, gyógyszereszedési szokások, egészségügyi ellátásban szerzett egyéni tapasztalatok stb. Az interjúkészítés feltételei és körülményei megfeleltek az adatvédelmi előírásoknak, a személyes adatok védelme megvalósult, az interjúrészleteket csak anonim módon használtuk fel.

Mindezek mellett a vizsgálati feladatok közé tartozott a témában releváns hazai szakirodalom feldolgozása, valamint a vonatkozó jogszabályi háttér dokumentumainak tartalmi elemzése. Míg az előbbi elsősorban a kutatási előzmények összegzését jelentette, addig az utóbbi pedig a hajléktalanság jogi meghatározásának feldolgozását foglalta magában. A szakirodalmi elemzés során a hajléktalanságban élők egészségi állapotával és egészségügyi ellátásával foglalkozó fontosabb hazai előzményeket tanulmányoztuk. A nemzetközi kitekintés elsősorban a kelet-közép-európai országokra irányult, és azt elemezte, hogy a Magyarországgal szomszédos országokban milyen a hajléktalan élethelyzetben lévők egészségi állapota és egészségügyi ellátása.

A kevert módszertan alkalmazása során az utolsó lépés volt a kvantitatív és a kvalitatív úton szerzett eredmények összegzése, valamint összehasonlítása. Ennek során alapul vettük a szakirodalmi előzmények fontosabb megállapításait, valamint azokat a

kvantitatív és a kvalitatív tapasztalatok tükrében értékeltük, illetve a külföldi előzmények alapján elemeztük nemzetközi beágyazottságukat.

A vizsgálatok területi vonatkozásainak értelmezésében főként a nemzetközi (Kelet-Közép-Európa), valamint a statisztikai célú területi egységek nomenklatúrája (Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques – NUTS) szerint az országos (NUTS 1), a régiós (NUTS 2) és a vármegyei (NUTS 3) szint került előtérbe, de bizonyos mutatószámok (indikátorok) – például a specializált egészségügyi intézmények száma – esetében a helyi közigazgatási egységek (Local Administrative Units – LAU) települési szintje is megjelent (LAU 2).

A vizsgálatok időbeliségét a rendelkezésre álló statisztikai mutatószámok jelölték ki, így például a NEAK adatok a 2015 és 2021 közötti időszakra vonatkoznak. Bizonyos esetekben igyekeztünk minél frissebb adatot felhasználni, ilyen például a Február Harmadika Munkacsoport 2023. évi adatfelvétele. A kutatási előzmények többsége is elsődlegesen az elmúlt tíz-tizenöt évről nyújt információkat.

A kutatás korlátai között kell megemlíteni, hogy a rendelkezésre álló statisztikai adatok területi bontásban – főként a vármegyei szint alatt – nem minden esetben elérhetők. A helyi szintű adatokhoz való hozzáférés adatvédelmi szempontok miatt számos akadályba ütközik. Ez az oka annak, hogy a statisztikai elemzésekhez csak korlátozottan használhatók fel járási vagy települési adatok. Különösen a hajléktalanként nyilvántartottak egészségi állapotára vonatkozó statisztikai mutatókat nem lehetett járási vagy települési szinten értelmezni, emiatt azok főleg országos vagy vármegyei szinten vizsgálhatók. Emellett a hajléktalanokra specializált egészségügyi intézmények legnagyobb része a fővárosban található, emiatt az interjúalanyok többsége is a fővároshoz kötődött.

A kutatás végső célja olyan javaslatok megfogalmazása, amelyek segíthetik a döntéshozatalt a hazai hajléktalanellátás egészségügyi szegmensének fejlesztésében.

Szakirodalmi elemzés

A szakirodalmi elemzés célja egyrészt egy nemzetközi kitekintés keretében beszámolni arról, hogy Kelet-Közép-Európában hogyan jellemezhető az egyes országok hajléktalanellátásában az egészségügyi szegmens, másrészt pedig összegezni mindazokat a hazai kutatási előzményeket, amelyek az elmúlt években a hazai hajléktalanságban élők egészségi állapotával és részben egészségügyi ellátásával foglalkoztak.

Az elmúlt időszakban gyakorivá vált a hajléktalanság témakörének integrált, egészségügyi fókuszú vizsgálata, amely a kutatásokban és a nemzetközi projektekben is utolérhető. Egyre több európai uniós támogatású projekt indult a témakörben Európa-szerte (például SOLACE-CEE, CANCERLESS), és egyre több tanulmány született Kelet-Közép-Európában is (például Bežovan 2019, Stropnik 2019). Ez nagyon lényeges, mert a hajléktalanság kérdésköre az általános egészségi állapottal, valamint az egészségügyi intézmények ellátási lehetőségeivel szorosan összefügg. A szakiro-

dalmi előzmények alapján a vizsgált térségben is jellemző, hogy egyrészt a hajléktalan élethelyzetbe való sodródás lehetséges okai között szerepel az, ha valaki súlyosabb betegségekkel küzd (például trauma okozta mentális vagy szomatikus megbetegedésekkel, fogyatékkal, alkohollal, kábítószer- és/vagy egyéb függőséggel). Másrészt jelentős szerepet játszhatnak az egyénen kívül álló, intézményi tényezők is (például kórházból való elbocsátás), amelyek összefüggenek vagy az egyén egészségi állapotával, vagy a rendelkezésre álló egészségügyi ellátórendszerrel (Šikić-Mićanović 2010, Petrović–Timotijević 2013, Bartošović 2016, Stropnik 2019, Horvat–Bežovan 2024).

A hajléktalanok többsége a legtöbb kelet-közép-európai országban középkorú férfi (Sarajlija et al. 2014, O’Sullivan et al. 2023, Smaha et al. 2024), de korfájuk egyre inkább előregedést mutat (Stropnik 2019, Bežovan 2019, Mostowska 2023). Vannak kivételek, például Szlovéniában az idősök arányának emelkedése mellett a korszerkezet több tekintetben is változik: egyre több nő (Csehországhoz hasonlóan) és gyermek (Romániához hasonlóan) sodródott bele hajléktalan élethelyzetbe az elmúlt években (Baptista–Marlier 2019, Stropnik 2019).

A hajléktalanságban élők általában véve is hajlamosak a szegénységgel jellemzően együtt járó egészségi problémákra (például alultápláltság, fertőző betegségek, valamint a magány és a kiszolgáltatottság okozta pszichoszociális stressz), ezeknek az egészségügyi problémáknak is nagyobb mértékben kitéttek, mint a lakosság többi része (Šikić-Mićanović 2010). Körükben magas a függőségek (alkohol, kábítószer, dohány) aránya is (Wagner et al. 2014, Sarajlija et al. 2014, Stropnik 2019). Például Szerbiában egy 2014-es kutatás szerint a hajléktalannépesség több mint négyötöde dohányzik (Sarajlija et al. 2014). Mindez kapcsolatban áll azzal, hogy a mentális (például depresszióval) és pszichiátriai betegségekkel küzdők száma is jelentős (Petrović–Timotijević 2013, Wagner et al. 2014, Sarajlija et al. 2014, Bežovan 2019). Az előregedéssel együtt mindezek gondot okoznak a hajléktalanok munkaerőpiacra történő visszailleszkedési lehetőségei szempontjából is (Wagner et al. 2014, Bežovan 2019).

A hajléktalan élethelyzetben lévők többségénél nemcsak mentális, hanem fizikai problémák is megjelenhetnek, amelyek szintén korlátozzák az életfeltételeiket és hátráltatják munkaerőpiaci esélyeiket (Šikić-Mićanović 2010). Ilyenek például az akut és a krónikus megbetegedések (Šikić-Mićanović 2010, Sarajlija et al. 2014, Wagner et al. 2014), a kihűlés (hipotermia) (Mostowska 2023, Smaha et al. 2024), a HIV-fertőzöttség és az AIDS-betegség (Bartošović 2016), vagy a tuberkulózis, utóbbi Romániában kiemelkedően magas arányban fordul elő (Munteanu et al. 2022).

Több kelet-közép-európai kutatás is alátámasztja, hogy a hajléktalanok sokszor elégedetlenek egészségi állapotukkal, illetve egészség-magatartásuk alapvetően nem megfelelő (Wagner et al. 2014, Carmichael et al. 2023, Mostowska 2023). Ennek következtében „öntudatlan” hozzáállásukkal súlyosabb társadalmi és anyagi terheket róhatnak az egészségügyi ellátórendszerre, mint az albertben, lakásban élők (Mostowska 2023). Sokszor előfordul, hogy a hivatalos lakcímhez kötött egészségügyi ellátásokhoz

való jog hiányában, esetleg tisztázatlan jogviszony miatt (Bežovan 2019; Novak et al. 2023), vagy pedig a mentális állapot korlátozta feltételek által (Carmichael et al. 2023, Novak et al. 2023) a hajléktalanságban élők nem jutnak időben egészségügyi alapellátáshoz és járóbeteg-szakellátáshoz, így emiatt csak épphogy menthető állapotban kerülnek a sürgősségi osztályokra (Bežovan 2019). A sürgősségi ellátás igénybevételével azonban nem ér véget a hajléktalanok egészségügyi ellátása, hiszen a fekvőbeteg-ellátásban kezeltek nagy többsége további ápolásra, rehabilitációra szorul (Bartošovič 2016). Ez az utógondozás valóban több kelet-közép-európai országban kritikus pontja a hajléktalanok egészségügyi ellátásának (Mostowska 2023), mivel a kórházakban nincs mindig elegendő fekvőhely, vagy ott utókezelést nem biztosítanak (Bartošovič 2016). Mindennek következtében a szociális ellátóhelyek biztosítanak egészségügyi ellátást a hajléktalanok számára (Bežovan 2019). Szintén problémát jelenthet az egészségügyi ellátás folyamatosságának hiánya, az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége a krónikus betegségekben szenvedő és hosszadalmas kezelést igénylő hajléktalanok által, a súlyosabb betegségek gyakori előfordulása a hajléktalanok között (Bartošovič 2016), valamint az ellátórendszeren belül jellemző megbélyegzésük (Petrović–Timotijević 2013, Carmichael et al. 2023).

Szlovénia egészségügyi ellátórendszere pozitív példának számít, hiszen az ottani Egészségügyi Minisztérium ún. pro bono rendelőintézetekben társfinanszírozza a kötelező egészségbiztosítással nem rendelkezők (köztük hajléktalanok) számára szervezett segítségnyújtási, tanácsadási és ellátási programokat. A mentális egészségügyi problémákkal és szenvedélybetegségekkel küzdők számára olyan átmeneti szállások állnak rendelkezésre, amelyek az érintett hajléktalanokat is támogatják. A hajléktalanok számára nyújtott nem bentlakásos szolgáltatások közé tartozik többek között az egészségügyi ellátás is. Ez a szervezettség és integrált szemlélet magyarázza a szlovéniai rendszer sikerét, amelynek következtében a hajléktalanok többsége képes hozzáférfni az egészségügyi szolgáltatásokhoz (Stropnik 2019).

Bár nem tartozik a szakirodalmi háttér vizsgálati területéhez, mégis érdemes megemlíteni, hogy Kelet-Közép-Európán kívül is van pozitív példa. Az egyik jó gyakorlatot az Egyesült Királyság mutatja, ahol a kettős diagnózissal rendelkező hajléktalanságban élők minden szempontból előnyben részesített célcsoportot jelentenek a szociális és az egészségügyi ellátásban is (McNeill et al. 2022).

A hazai hajléktalanságban élők egészségi állapotának és egészségügyi ellátásának kutatása háttérbe szorult az elmúlt években.

A hajléktalanok élethelyzetükből, a kedvezőtlen életkörülményeikből fakad a rossz egészségi állapotuk, számos fertőző és nemfertőző (krónikus) betegséggel érintettek, és szélsőséges esetben korai elhalálozásukhoz is vezethet. A hajléktalanok megbetegedési (morbidity) és halálozási (mortality) mutatói rosszabbak az átlagnépességhez képest (Bényei et al. 2018), az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük is számos módon akadályokba ütközik (Rákossy–Szeitl 2018). Általában egyszerre több és súlyos betegségük van, a krónikus betegségektől kezdve a pszichiátriai kórképeken (Gyön-

gyösi et al. 2021, Győri 2022) és szenvedélybetegségeken (Bakos 2006, Paksi et al. 2021) keresztül a különböző fertőző betegségekig (Fadgyas-Freyler 2017). Az utcán élők nagy része gyakran nem is tudja, hogy egyáltalán milyen betegségei vannak (Győri 2022). A fertőző betegségek közül főként a rendszerváltozás utáni években volt gyakori a hajléktalanok körében a tüdőtuberkulózis, a legyengült immunrendszer, az alkoholizmus, a nem megfelelő táplálkozás és a rendezetlen életfeltételek következményeként, de körükben az élősködők megjelenésének is már közel hússzoros volt az esélye az 1990-es években (Dávid et al. 1998). Bizonyos esetekben eleve fennálló (például pszichiátriai, függőséggel kapcsolatos) betegségek, fogyatékoságok (Gurály–Varga 2013) sodorják bele az egyént egyfajta hajléktalan életformába, amely pedig önmagában is tovább ronthatja az egészségi állapotát. Sem mennyiségileg, sem minőségileg nem jutnak megfelelő táplálékhoz, gyakori az alultápláltság, sőt az éhezés is (Rákossy–Szeitl 2018). Rendszertelen életmódjukból adódóan nem minden esetben szedik be a felírt gyógyszereket, sőt azokat sokszor ki sem váltják. Rossz fizikai és mentális állapotuk, illetve anyagi helyzetük akadályozza őket betegségeik megfelelő kezelésében vagy egyáltalán egészségük védelmében. Gurály–Varga (2013) kutatása feltárta, hogy a hajléktalanoknak több mint harmada szenved valamilyen tartós betegségben, rendelkezik valamiféle fogyatékosággal. Többségük az ország keleti, északkeleti részein él (például Szolnok, Miskolc, Debrecen), de például Törökszentmiklóson a hajléktalansággal élők fele küzd valamilyen súlyosabbnak tekinthető egészségügyi gondnal (Gurály–Varga 2013). A dohányzás és a dohányfüggőség jelentős problémát ró rájuk, és ez fokozza a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a tüdő- és gégedaganat kialakulásának az esélyét (Bakos 2006, Paksi et al. 2021). A dohányzás mellett általánosan elterjedt az alkohol- és a drogfogyasztás is (Bakos 2006, Paksi et al. 2021), melynek következtében minden ötödik hajléktalan küzd valamilyen függőséggel (Bényei et al. 2018). A Február Harmadika Munkacsoport 2018. évi felmérése alapján a hajléktalanok több mint negyede, az átlagnépességben pedig kevesebb mint negyede volt jelentős alkoholfogyasztó (Rákossy–Szeitl 2018). A hajléktalanságban élők nagy hányada szenved valamilyen pszichiátriai betegségben is (Bakos 2006, Braun–Gazdag 2015, Fadgyas-Freyler 2017, Gyöngyösi et al. 2021, Győri 2022, Bulyáki 2023), és a Február Harmadika Munkacsoport 2020. évi felmérése szerint a megkérdezettek közel harmada járt már életében pszichiáternél (Győri 2020b). Ez részben összefügghet azzal, hogy a hajléktalanok közül sokan tapasztaltak valamilyen traumás eseményt, amelyen nem tudják túltenni magukat (Fehér 2008, Bényei et al. 2018), és részben azzal is, hogy körükben gyakori a pszichoaktív szerek használata. A Február Harmadika Munkacsoport 2021. évi kutatása szerint a legtöbb szerhasználó hajléktalan az átmeneti szállókban, éjjeli menedékhelyeken vagy az utcán húzza meg magát (Paksi et al. 2021). A kutatás alapján a valaha valamilyen tiltott drogot használók Pest vármegyéből kerültek ki a legnagyobb arányban (a megkérdezettek majdnem kétharmada). Hasonlóan magas volt a szerhasználat Dél-Dunántúlon és Budapesten, ahol a válaszadóknak körülbelül kétharmada nyúlt valamilyen tiltott szerhez. Nyugat- és Közép-

Dunántúlon, illetve Észak-Magyarországon a válaszadók harmada, Észak-Alföldön fele, míg Dél-Alföldön pedig kevesebb mint tizede használt már életében tiltott drogot (Paksi et al. 2021). A Február Harmadika Munkacsoport 2022. évi felmérésében részt vett hajléktalan élethelyzetben élők huszadát alkoholfüggősége, tizedét vagy idegállapota, vagy megváltozott munkaképessége, negyedét pedig egyéb betegsége egyértelműen akadályozza a munkavégzésében (Győri 2022).

Általában a közterületen élés, a mostoha környezeti feltételek, a hiányos táplálkozás, a gyakorta bódult és ittas állapot számos kockázatot jelent a hajléktalan számára (például baleset, fagyási sérülés, kihűlés), amelyek tovább rontják az egészségi állapotukat, és csökkentik a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésüket (Rákosy–Szeitl 2018). Mindezek a körülmények súlyosan megterhelik magát az egyént és az egészségügyi ellátórendszert is.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést számos tényező akadályozza a hajléktalanságban élők számára. Ismételtelen kiemeljük azonban, hogy nyilvánvalóan a szakirodalmi előzményekben is folyton változik annak meghatározása, hogy az adott kutatás vagy felmérés keretében milyen feltételek mellett és milyen mérési módszertan segítségével vizsgálták a hazai hajléktalanok hozzáférési lehetőségeit. Például van olyan kutatási előzmény, amely szintén a NEAK-adatbázis alapján elemzi a hajléktalanok társadalombiztosítási jogviszonyának szerepét az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben: ez ugyan félévig teljes körű ellátást biztosít, azonban ennek megújítása nehézkes, illetve a kistélepüléseken eleve problémás az ez irányú ügyintézés (Fadgyas-Freyler 2017). Az érvénytelen jogviszony miatt a hajléktalanok leginkább a járóbeteg-szakellátásból maradnak ki a nem hajléktalanokhoz képest: a járóbeteg-szakellátások igénybevételéhez a legtöbb esetben szükséges beutalót kérni háziorvostól, azaz egy többkörös folyamatot kell végigküzdeniük a szolgáltatás eléréséhez, amely sokszor nagy akadály számukra (Simek 2020). A Február Harmadika Munkacsoport 2018. évi felmérése szerint a válaszadó hajléktalanok 39%-át egy éven belül kórházban kellett kezelni, azaz sokan kerülnek egyenesen a fekvőbeteg-ellátásba, és ezek a kórházi kezelések (hospitalizáció) vélhetően megfelelő megelőzéssel (prevenció), illetve járóbeteg-szakkezelésekkel elkerülhetők lettek volna (Bényei et al. 2018).

A hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatások jelenleg Magyarországon mind szakmailag, mind területileg nagyon hiányosak (Simek 2020, Vajdovich 2024a). Kevés olyan specializált járó- vagy fekvőbeteg-ellátás – akár szolgáltatás, akár intézmény – áll rendelkezésre, amely kifejezetten a hajléktalan élethelyzetben lévők problémáira koncentrál. Ezeknek a specializált egészségügyi szolgáltatásoknak a megítélésében kérdésként merül fel, megfelelő-e az, hogy teljesen különálló rendszerként működnek, vagy inkább kiegészítő, segítő szerepet kellene betölteniük? A speciális háziorvosi szolgálatok ugyan nagyobb számban találhatók az országban, azonban ezek magasabb szintű beavatkozásokat nem végeznek, pedig a hajléktalanok legtöbbször súlyos, előrehaladott betegséggel kerülnek az ellátórendszerbe. A specializált ellátások is csupán a fővárosban és a vármegyeszékhelyeken vannak jelen, így lényegében a

településhierarchia alacsonyabb szintjeiről (közép- és kisvárosok) teljesen hiányoznak (Vajdovich–Uzzoli 2024).

Összességében megállapítható, hogy a hajléktalanságban élők – hasonlóan a kelet-közép-európai országokhoz – súlyos egészségügyi gondokkal néznek szembe, de az ezek alapján felmerülő igényeket a hajléktalanok egészségügyi ellátását támogató közvetlen (hajléktalan kórház) és közvetett (betegszobák szociális intézményekben) specializált intézmények csak részben tudják kielégíteni. Egyrészt az egészségügyi személyzet nincs felkészítve a specifikus ellátásukra, másrészt az egészségügyi ellátás feladatai keverednek a szociális ellátás lehetőségeivel. A lábadozási vagy rehabilitációs időszakban legtöbbször kihívást jelent, hogy a beteg hajléktalan már nem maradhat a kórházban, de a szociális ellátóban nincs megfelelő hely és szolgáltatás a kezeléséhez. Ezek a problémák specifikusak a kelet-közép-európai térségben is, a szomszédos országok is hasonló nehézségekkel néznek szembe.

Eredmények

A vizsgálati eredményeket két alfejezetben mutatjuk be: az egyikben a NEAK által hajléktalanként nyilvántartottak egészségi állapotát, a másikban a hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás országos jellemzőit és területi mintázatát.

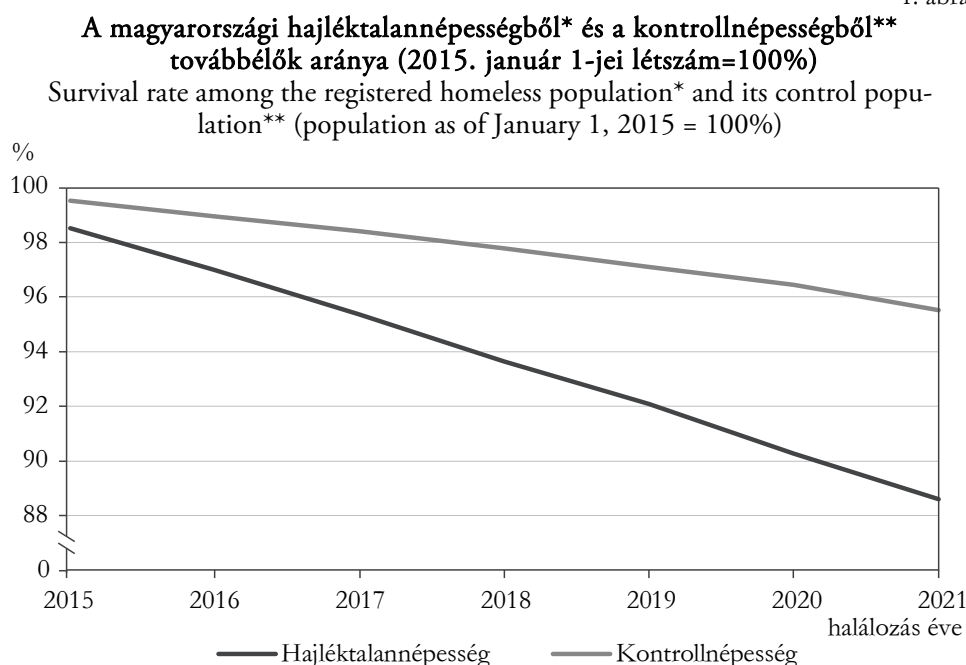
A hajléktalanként nyilvántartottak egészségi állapotának néhány jellemzője

A kontrollnépességgel összehasonlítva

A NEAK által hajléktalanként nyilvántartottak egészségi állapotát a nemek és életkor szerint illesztett kontrollnépességgel összehasonlítva elemezzük, elsősorban a halálozási és a megbetegedési csoportok alapján.

A hajléktalanként nyilvántartott népesség és a kiválasztott kontrollnépesség életéselyeiről tájékoztat az ún. Kaplan-Meier görbe (Kaplan–Meier 1958) (1. ábra). Az 1. ábra alapján megállapítható, hogy a vizsgált népesség hány százaléka élt az egyes vizsgált évek végén a kiindulási időszakhoz, azaz 2015. év elejéhez képest. A halálozási tendencia egy kinyíló ollóra hívja fel a figyelmet: 2015 és 2021 között a hajléktalanokat nagyobb arányban érintette a halálozás, mint a kontrollcsoportot. Az elhunytak arányát tekintve míg 2015 végén közöttük egy százalék volt a különbség, addig 2021 végén már 6,5%. A vizsgált hét év alatt hajléktalanként nyilvántartott 11 857 fő közül 1352 fő, a vizsgált hajléktalannépesség több mint 10%-a halálozott el. Ezzel szemben az 59 285 főből 2645 fő hunyt el kontrollnépességben, ami utóbbinak kevesebb mint 5%-a.

1. ábra



* A NEAK adminisztrációjában 2015. január 1-jén hajléktalanként nyilvántartott népesség (N = 11 857).

**A kontrollnépesség esetében N = 59 285.

Adatok forrása: [3].

Elsődleges forrás: Vajdovich (2024b: 47. o.).

Az egészségi állapot mérésére szolgáló 2015 és 2021 közötti NEAK-adatokat a 20 leggyakoribb megbetegedési csoportra összesítettük, amiből az éves átlagos betegszámot (fő) számoltunk ki (1. táblázat) [3]. Ugyanerre a 20 leggyakoribb megbetegedési csoportra vonatkozóan határoztuk meg az egészségbiztosítási költségek éves átlagos összegét (millió forint) is a NEAK-adatok alapján (2. táblázat), így ezek az eredmények egymással összehasonlíthatóvá váltak. Jelezzük ugyanakkor, hogy ezek az adatok, azaz a 20 leggyakoribb megbetegedési csoport éves átlagos létszáma és a rájuk vonatkozó egészségbiztosítási költségek éves átlagos összege nem alkalmas egy főre vagy ezer főre vetített arányszámok kiszámítására, mert a vizsgált hét év során mind a hajléktalanként nyilvántartott, mind a kontrollnépesség esetében egy beteg többször is szerepelhet a NEAK-statisztikában, illetve egy beteg akár több betegséggel is előfordulhat az adatbázisban. Ráadásul mindkét esetben a kontrollnépesség száma ötször nagyobb a hajléktalannépességénél, ami szintén korlátozza a betegszámra vetített arányszámok kiszámítását.

A NEAK által hajléktalanként nyilvántartott népesség és annak kontrollnépessége számottevően eltért egymástól a különböző betegségek előfordulásában (1. táblázat). A hasonlóság elsődlegesen a magas vérnyomás előfordulásának gyakoriságában mutatható ki, amely a leggyakoribb megbetegedés mindkét csoportban. (Megjegyzés: az

elemzésben nem vettük figyelembe a speciális kódokkal jellemzett és a nem besorolható betegségeket.) Ez lényegében megfelel a fejlett országokra jellemző népegészségügyi helyzetnek, azaz legnagyobb arányban a keringési rendszer betegségei fordulnak elő. A hajléktalanként nyilvántartott népesség esetében a legtöbb megbetegedés elsősorban a kedvezőtlen életkörülményekből fakad. Így például a mentális és viselkedészavarok kiemelkedően magas száma a pszichoaktív szerek használatára utal, vagy például a nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása is hasonló okokra vezethető vissza. A hiányos táplálkozás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás okozhatja a nyelőcső, a gyomor és nyombél, illetve a szájüreg szintén nagyszámú megbetegedéseit. Ezek a betegségek egyébként a kontrollnépességnél is nagy számban fordulnak elő, ami hasonló okokkal magyarázható (hiányos táplálkozás helyett helytelen táplálkozással). A hajléktalanként nyilvántartottak között a kontrollcsoportéhoz képest a szignifikánsan több fej- vagy kézsérülés pedig az utcán való élettel (esések) vagy éppen a pszichoaktív szerek használatával (balesetek bódult állapotban) magyarázható. Mindezekhez képest a kontrollnépesség esetében a leggyakoribb (például anyagszere-rendellenességek, gerincbántalmak) megbetegedéseket inkább a civilizációs ártalmak (például helytelen táplálkozás, mozgásszegény életmód) okozzák.

Szintén jellemző különbségek vannak a hajléktalanként nyilvántartott és a kontrollnépesség között, ha azt vizsgáljuk, hogy 2015 és 2021 között az egyes megbetegedési csoportoknak milyen volt a ráfordított átlagos költsége (2. táblázat). Az eredmények szerint a NEAK által nyilvántartott hajléktalannépesség körében a legtöbbet, egyúttal a kontrollcsoportéhoz képest sokkal többet költöttek a pszichiátriai betegségekkel összekapcsolható problémák (például mentális zavarok, nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása, skizofrénia) orvoslására. Figyelemre méltó a különbség a két vizsgált csoport között az olyan sérülések (például csípő és comb), bőrbetegségek (például bőr alatti szövet rendellenessége), fertőzések (például baktérium okozta), neurotikus rendellenességek között, amelyeknek a gyakoribb előfordulása a hajléktalanokra jellemző élethelyzetből, illetve az ezzel járó kockázatokból származik. Eleve a sürgősségi ellátást arányaiban és abszolút értelemben nagyobb mértékben veszik igénybe a hajléktalanok, akik sokszor csak itt jutnak egészségügyi ellátáshoz. Ezek a költségkülönbségek pedig azzal is magyarázhatók, hogy a hajléktalanságban élőkre jellemző tünetek és betegségek általában súlyosabb formában fordulnak elő, kezelésük is bonyolultabb és költségesebb, ezért az egészségbiztosítónak is több anyagi erőforrás szükséges a finanszírozásukhoz.

1. táblázat

A BNO-kódokkal* jelzett megbetegedési csoportok éves átlagos kerekített betegszáma a hajléktalannépesség és a kontrollnépesség esetében Magyarországon, 2015–2021**

Annual average rounded number of patients of morbidity groups indicated by International Classification of Diseases (ICD) codes based on the registered homeless and its control population in Hungary, 2015–2021

Megbetegedési csoportok (egydi táj-számok alapján)	Hajléktalannépesség		Kontrollnépesség	
	fő	sorrend	fő	sorrend
Magas vérnyomás betegségek (I10-I15)	1 958	1.	15 733	1.
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	1 785	2.	543	70.
A nyelőcső, gyomor és nyombél betegségei (K20-K31)	1 634	3.	7 132	4.
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform (fájdalomzavar) rendellenességek (F40-F48)	1 610	4.	2 476	21.
Általános tünetek és jelek (R50-R69)	1 596	5.	3 557	9.
Fejsérülések (S00-S09)	1 375	6.	944	51.
A szájüreg, nyálmirigyek és állcsontok betegségei (K00-K14)	1 135	7.	7 973	2.
Elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása (T51-T65)	978	8.	209	106.
Egyéb hát- és gerincbántalom (M50-M54)	925	9.	6 046	6.
Idült alsó légúti betegségek (J40-J47)	916	10.	2 867	14.
Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F30-F39)	841	11.	1 649	32.
Heveny felső légúti fertőzések (J00-J06)	834	12.	7 791	3.
A keringési és légzési rendszert illető tünetek és jelek (R00-R09)	769	13.	2 559	18.
Az emésztőrendszert és hasat illető tünetek és jelek (R10-R19)	764	14.	2 699	17.
Anyagcsere rendellenességek (E70-E90)	670	15.	6 241	5.
Epilepszia (G40-G47)	614	16.	1 549	35.
Egyéb heveny alsó légúti fertőzések (J20-J22)	595	17.	3 634	7.
A csukló és a kéz sérülései (S60-S69)	570	18.	1 351	40.
Iszkémiás szívbetegség (I20-I25)	534	19.	3 083	13.
Influenza és tüdőgyulladás (J10-J18)	528	20.	1 456	38.

* BNO=Betegségek Nemzetközi Osztályozása.

** A NEAK-adatbázisban hajléktalanként nyilvántartott népesség.

Adatok forrása: [3].

2. táblázat

**A BNO-kódokkal* jelzett megbetegedési csoportok sorrendje
a hajléktalannépesség** és a kontrollnépesség esetében az egészségbiztosítás
éves átlagos költségösszegei alapján Magyarországon, 2015–2021**
Ranking of morbidity groups indicated by Classification of Diseases (ICD)
codes among the registered homeless and its control population based on annual
average health insurance spending amounts in Hungary (million HUF),
2015–2021

Megbetegedési csoportok (egyedi taj-számok alapján)	Hajléktalannépesség		Kontrollnépesség	
	millió forint	sorrend	millió forint	sorrend
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	143,6	1.	32,2	52.
Elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása (T51-T65)	130,1	2.	14,7	76.
Skizofrénia, skizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (F20-F29)	74,4	3.	183,7	7.
Idült alsó légúti betegségek (J40-J47)	69,6	4.	160,0	10.
Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F30-F39)	60,6	5.	73,0	22.
Az artériák, kis artériák és hajszálerek betegségei (I70-I79)	57,8	6.	74,0	21.
Iszkémiás szívbetegség (I20-I25)	56,2	7.	265,6	3.
Fejsérülések (S00-S09)	52,0	8.	24,3	62.
HIV betegség (B20-B24)	50,3	9.	73,0	23.
Légző és mellkasi szervek rosszindulatú daganatai (C30-C39)	46,4	10.	160,1	9.
A szívbetegség egyéb formái (I30-I52)	46,3	11.	185,5	6.
Influenza és tüdőgyulladás (J10-J18)	44,8	12.	60,8	27.
A bőr és bőr alatti szövet egyéb rendellenességei (L80-L99)	42,4	13.	35,9	46.
Veseelégtelenség (N17-N19)	41,4	14.	227,7	4.
A csípő és comb sérülései (S70-S79)	40,5	15.	30,0	55.
Egyéb baktériumok által okozott betegségek (A30-A49)	39,8	16.	33,1	50.
Agyérbetegségek (I60-I69)	39,5	17.	89,9	15.
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform (fájdalomzavar) rendellenességek (F40-F48)	38,5	18.	43,0	41.
Vírusos májgyulladás (B15-B19)	36,0	19.	61,9	25.
A térd és lábszár sérülései (S80-S89)	30,6	20.	47,6	36.

* BNO=Betegségek Nemzetközi Osztályozása.

** A NEAK adminisztrációjában hajléktalanként nyilvántartott népesség.

Adatok forrása: [3].

A szakértőkkel és a hajléktalanságban élőkkel készített interjúk alapján

A szakértői interjúk megerősítették azt, hogy a hajléktalanságban élők tipikus betegségei között is egyre nagyobb arányban fordulnak elő azok a krónikus betegségek,

amelyek az idős, 60 év feletti átlagos népességre jellemzőek. Ennek oka, hogy körükben növekszik az idősek aránya (5. interjúalany). A rendszerváltozás után hajléktalan élethelyzetbe került munkaképes korúak nagy része napjainkra időskorú lett, illetve az utóbbi években megfigyelhető, hogy a nyugdíjasok közül is többen válnak hajléktalanná, mert vagy nem tudják fizetni az albérletet, vagy a vidéki ingatlanukat télen nem tudják fűteni, így inkább hajléktalanszállóra kényszerülnek (7. interjúalany). A hajléktalanok legalább 30%-a különböző pszichiátriai kórképekkel, alkohol- és kábítószerfüggőséggel küszködik, és ezek gyakran a traumatizált szociális háttérből fakadnak (7. interjúalany). „*Van egy folyamatos veszteségélmény, munkahely elvesztés, család elvesztés, innen oda költözés, hányódás, gyökértelessé válás, amit az illető traumaként élt meg, de nem tudja feldolgozni*” (5. interjúalany). Általában jellemző a hajléktalan élethelyzetben lévők egészségi állapotára a multimorbiditás, azaz egyidőben legalább négy-hat súlyos betegség jelenléte az adott személynél: „*például van egy krónikusan magas vérnyomás, egy cukorbetegség, egy krónikusan fennálló légzési nehézség, és akkor emellett még bármilyen más betegség is lehet. Ez egyszerűen túl sok kockázati tényező egyszerre*.” (3. interjúalany). Nagy kihívás az is, hogy ha megkapják a megfelelő orvosi segítséget, és ha betegségük szinten tartásához rendszeresen szükséges gyógyszert szedniük, akkor azt nem tudják megvalósítani, éppen az élethelyzetükből következően. Számukra hosszadalmas eljárás a gyógyszerkiváltás a közgyógyellátás keretében, nem tudják tartani a gyógyszereszedési protokollt a rendszertelen vagy éppen a hiányos táplálkozásuk miatt. Érdekes megfigyelés egy házi orvos interjúalany részéről, hogy minél idősebb a hajléktalan beteg, annál inkább hajlandó rendszeresen szedni a felírt gyógyszereket (4. interjúalany).

A hajléktalanságban élőkkel készített interjúk megerősítették a multimorbiditás jelenlétét, illetve azt, hogy traumatizált helyzetükben nem rendelkeznek megfelelő családi és szociális háttérrel, amely hatással van rossz egészségi állapotukra. „*Megjártam a poklot*” (8. interjúalany), „*én itt a szállón jól érzem magam, csak sajnos pont én vagyok az a személy, kinek rengeteg betegsége adódott*” (12. interjúalany), „*betegségről annyit tudok mondani, elvileg nekem különösen bajom, problémám nem volt, (...) tehát balesetek voltak, műtét semmi, különösebb betegség semmi. Aztán az történt, hogy kaptam egy TBC-t...*” (9. interjúalany), „*van két betegségem, ami miatt állandó ellátásra szorulok*” (13. interjúalany).

A hajléktalanok egészségügyi ellátásának néhány jellemzője

A területi különbségek tükrében

A hajléktalanságban élők egészségügyi ellátását és annak területi különbségeit a következők szerint vizsgáljuk:

- a hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás települési jellemzői;
- a járó- és fekvőbeteg-ellátás vármegyei jellemzői;
- a mentőellátás települési jellemzői.

A hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátást alapvető területi különbségek jellemzik az intézmények földrajzi elhelyezkedése alapján (Simek 2020, Vajdovich 2024a). Megjelenik benne egy város-vidék ellentét, hiszen a speciális szükségletekkel foglalkozó egészségügyi intézmények alapvetően a nagyobb városokban, regionális centrumokban találhatóak (Függelék F1. ábra). Minél kisebb a település, annál kisebb annak az esélye, hogy a hajléktalanságban élő speciális egészségügyi ellátást kaphat, azaz ilyen esetekben, ha nincs közel a nagyvárosi ellátó, akkor egy normál állami fenntartású háziorvoshoz vagy járóbeteg-szakrendelőbe kell járnia vagy kórházba befeküdnie (Simek 2020).

A hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatások (például háziorvosi ellátás, fertőtlenítés) többnyire az egyes állami intézmények 24 órás egészségügyi centrumaiban koncentrálódnak, amelyek értelemszerűen 0–24 óra között garántáltan nyitva tartanak, például a vármegyeszékhelyeken. Ilyen speciális háziorvosi szolgálatból összesen 12 darab található az országban (főként vármegyeszékhelyeken), ebből 2 darab van a fővárosban, Békés és Tolna vármegyéből pedig teljesen hiányoznak. A speciális egészségügyi alapellátás megszervezését sokszor a 24 órás egészségügyi centrumokon belül, önkormányzati működtetésű intézmények, alapítványok, egyéb nem állami fenntartású, nagyobb szervezetek (például Magyar Vöröskereszt, Magyar Máltai Szeretetszolgálat stb.) végzik [4].

A hajléktalanokra specializálódott járóbeteg-szakellátás szakmailag és területileg is hiányos. Csak néhány erre a betegkörre szakosodott szakrendelés létezik (például pszichiátriai, bőrgyógyászati, nőgyógyászati), de azok is csak Budapesten [5], [6]. A vidéki városokból teljesen hiányoznak a speciális járóbeteg-szakellátások. A hajléktalanokra specializálódott fekvőbeteg-ellátást összesen három helyen végeznek az országban (kettő Budapesten, egy pedig Miskolcon), közülük az első a fővárosban kezdett el működni 1995-ben (Uzzoli 2008). Az ország többi városában az állami kórházak állnak rendelkezésre a beteg hajléktalanok számára. Az átmenetileg fekvő betegeknek jellemzően teljes ellátást biztosító 24 órás lábadozókból a vizsgálat idején 5 darab volt Budapesten, továbbá kisebb betegszobák vannak Miskolcon, Debrecenben, Szegeden, Nyíregyházán, Kecskeméten, amelyek civil szervezetek fenntartása alatt állnak, és sokszor a 24 órás egészségügyi szolgálatok keretei között működnek. Ugyanakkor Győrben, Zalaegerszegen, Székesfehérváron, Kaposváron, Szolnokon, Egerben, Salgótarjánban és Békéscsabán átmeneti szállás létezik, de lábadozók és betegszobák elkülönítve nem állnak rendelkezésre. Mozgó orvosi szolgálatot Pécsen, Miskolcon, Veszprémben, Szegeden, Debrecenben, Nyíregyházán és Budapesten lehet találni (Függelék F1. ábra).

Az ezer lakosra jutó összesített fekvőbeteg-esetszámok vármegyei megoszlása 2015 és 2021 között alapvetően főváros-vidék mintázatra utal (adatok forrása: NEAK egyedi adatkérés alapján) (Függelék F2–F3. ábra). Vármegyei szinten megállapítható, hogy a vizsgált időszakban a kontrollnépesség nagyobb arányban vette igénybe a kórházakat, kivéve Budapestet és Fejér vármegyét, ahol a hajléktalannépesség esetszámai

meghaladták a kontrollcsoport fekvőbeteg-ellátási igénybevételeit. Ennek több oka is lehet, például nem fogadták őket a vidéki kórházakban, hanem tovább küldték a főváros valamelyik fekvőbeteg-ellátójába. A másik ok lehet az is, hogy a hajléktalanságban élők túlnyomó többsége – a Február Harmadika Munkacsoport adatfelvétele alapján – a fővárosban koncentrálódik, éppen a jobb ellátások, illetve a kedvezőbb megélhetési lehetőségek miatt (3. táblázat).

3. táblázat

A Február Harmadika Munkacsoport adatfelvételében* válaszadó hajléktalanok száma és megoszlása helyszín szerint Magyarországon, 2023

Data collection by the Third of February Homeless Survey on the number and territorial distribution of homeless people in Hungary, 2023

Adatfelvétel helyszíne – település vagy régió	Szám, fő	Megoszlás, %
Budapest	2 836	38,8
Közép-Magyarország (Pest vármegye)	83	1,1
Nyugat-Dunántúl egyéb települései	112	1,5
Győr	285	3,9
Szombathely	130	1,8
Nagykanizsa	98	1,3
Zalaegerszeg	149	2,0
Nyugat-Dunántúl összesen	774	10,6
Közép-Dunántúl egyéb települései	303	4,1
Veszprém	121	1,6
Székesfehérvár	158	2,2
Tatabánya	135	1,8
Közép-Dunántúl összesen	717	9,8
Dél-Dunántúl egyéb települései	269	3,7
Pécs	569	7,8
Dél-Dunántúl összesen	838	11,5
Dél-Alföld egyéb települései	351	4,8
Szeged	153	2,1
Kecskemét	200	2,7
Dél-Alföld összesen	704	9,6
Észak-Alföld egyéb települései	38	0,5
Debrecen	302	4,1
Szolnok	72	0,9
Nyíregyháza	209	2,9
Észak-Alföld összesen	621	8,6
Észak-Magyarország egyéb települései	396	5,1
Miskolc	336	4,6
Észak-Magyarország összesen	732	10,0
Összesen	7 305	100,0

* Az adatfelvétel módszertanáról további információkat lásd: Február Harmadika Munkacsoport (2023).

Adatok forrása: [2].

Elsődleges forrás: Vajdovich–Uzzoli (2024: p. 70.).

Az ezer lakosra jutó összesített járóbeteg-ellátás igénybevétele is a kontrollnépeség felülreprezentáltságát mutatta a vizsgált időszakban, és ez mind a fővárosban, mind pedig az összes vármegyében megfigyelhető volt (Függelék F2–F3. ábra) [3]. A járóbeteg-ellátás igénybevétele hajléktalanok esetében lényegében sokkal kisebb arányú volt, mint a fekvőbeteg-ellátásé. Mindezekből következik, hogy a hajléktalanságban élők sokkal kisebb mértékben veszik igénybe a járóbeteg-szakellátást. Ez is lehet az oka annak, hogy betegségeikkel már súlyosabb, előrehaladottabb állapotban jutnak el orvoshoz, amikor a problémákat már csak kórházakban lehet kezelni. Sőt, sokszor csak a sürgősségi ellátást tudják igénybe venni, ha a mentő beszállítja őket, de ez után további egészségügyi ellátást már nem tudnak igénybe venni. Ráadásul a legtöbb járóbeteg-szakrendelésre háziorvosi beutaló szükséges, amelynek a feltétele a társadalombiztosítási jogosultság. Eleve kevés háziorvos foglalkozik a hajléktalanságban élőkkel, nagyon kevés a hajléktalanokra specializált járóbeteg-szakrendelés az országban (csak Budapesten van ilyen), így éppen a járóbeteg-ellátáshoz való hozzáférésük során ütköznek a legnagyobb akadályba.

Az összes mentő által felvett esetet alapul véve 2015 és 2021 között megfigyelhető, hogy a hajléktalanként nyilvántartott népességből jóval kevesebb településről szállítottak el betegeket, mint a kontrollcsoportból. Tehát míg a hajléktalanok sürgősségi szállítása az országban inkább csomópontszerűen, addig a kontrollcsoporté a települések döntő többségéről történt (Függelék F2–F3. ábra). Ennek oka lehet, hogy a nagyobb városokban eleve több a hajléktalanságban élő, itt vannak a nagyobb hajléktalanellátók, illetve a specializált egészségügyi szolgáltatások is. A kontrollcsoport esetében területileg kiegyenlítettebben zajlottak a mentési esetfelvételek a vizsgált időszakban. Ehhez képest a hajléktalanként nyilvántartott népesség esetfelvételei a vármegyeszékhelyeken és az olyan nagyobb városokban koncentrálódtak, ahol eleve hajléktalanellátók is találhatók (például Dunaújváros, Ózd, Várpalota vagy Sopron, Gyula, Siófok). Összességében a mentőszállítások területi mintázatában a következő különbségek figyelhetők meg: a vizsgált és hajléktalanként nyilvántartott népességnél alulreprezentáltak a kisebb települések, azonban a nagyobb számú esetfelvételek a fővároshoz, a nagyvárosokhoz, a vármegyeszékhelyekhez kötődnek mind esetükben, mind pedig a kontrollnépességben.

A mentők célállomásai az esetleadások tekintetében a vizsgált hét év alatt mind a hajléktalanként nyilvántartott népesség, mind a kontrollcsoport esetében a nagyobb városokban (például Gyula), a vármegyeszékhelyeken (Pécs, Debrecen, Szeged, Miskolc, Nyíregyháza, Sopron, Győr stb.), a megyei jogú városokban (például Hódmezővásárhely, Nagykanizsa) koncentrálódtak, ahol megtalálhatók voltak a nagy regionális egészségügyi központok (Függelék F4. ábra). Alapvetően a két vizsgált csoportra vonatkozó területi mintázatok nagyon hasonlítanak egymásra, a nagy csomópontok mindkét csoportban jelzik a nagyobb egészségügyi ellátóhelyek földrajzi elhelyezkedését. A területi mintázat szerint megfigyelhető, hogy míg az ország keleti részében több felvevőpont szorosan egymás mellett helyezkedik el, addig az ország nyugati

résében kisebb önálló betegfelvevő-központok rajzolódnak ki. A mentők hajléktalaneset-leadásainak területi mintázata követi a hajléktalanokat ellátó speciális legfőbb egészségügyi intézmények térszerkezetét (Függelék F5. ábra). Összességében megállapítható, hogy az esetleadások a hajléktalanként nyilvántartottaknál is inkább a regionális egészségügyi központokban koncentrálódnak, azért is, mert a mentőszállítások elsődlegesen a kórházak sürgősségi osztályára irányulnak, és ezek többségükben a vármegyeszékhelyek egészségügyi centrumaiban találhatók.

A szakértőkkel és a hajléktalanokkal készített interjúk alapján

A hajléktalanságban élők egészségügyi ellátásával kapcsolatos szakértői interjúk alapvetően a strukturális problémákra hívták fel a figyelmet. Nehézségbe ütközik a társadalombiztosítási jogosultság megszerzése, ennek adminisztrációja meghatározó akadály a hajléktalanságban élők számára az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben (2. és 3. interjúalany). Ez érvényes a gyógyszer támogatásra is: ha már eljutott a hajléktalanságban élő az orvoshoz, akkor sokszor a társadalombiztosítási jogosultság hiánya miatt nem jut a megfelelő gyógyszerhez, vagy éppen az ellátórendszer hiányosságai miatt nincs mód a gyógyszeresedés rendszeres ellenőrzésére, illetve az abban történő segítségére (2. interjúalany). Ellentétesen ítélték meg a válaszadók a hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatásokat. Van, aki szerint ezek esélyt adnak számukra (7. interjúalany), azonban van olyan is, aki ezt inkább az egészségügyi ellátás szegregációjának látja – „... a reakciót értem, de valahol mégiscsak szakmailag egy szerencsétlen válsagnak tartom” (3. interjúalany). A szakértői interjúk is általában megerősítették azt, hogy pszichiátriai és mentális problémák összességében nagy arányban érintik a magyar népességet, közöttük kiemelten a hajléktalanságban élőket, mégis nagyon hiányosan és kis kapacitással működnek ilyen jellegű közfinanszírozott szolgáltatások az országban. Az ezzel kapcsolatos megelőzés is egyelőre gyenge Magyarországon, és általában igaz, hogy sok pszichiátriai beteg éppen állapotából adódóan kerül az utcára, és válik hajléktalanná (6. interjúalany). Lényeges strukturális probléma az egészségügyi ellátórendszerben az, hogy maguk az egészségügyi dolgozók (orvosok, nővérek, egyéb szakszemélyzet) sincsenek felkészítve a hajléktalanok ellátásával kapcsolatos helyzetekre, kihívásokra. Ez igaz lehet akár még a specializált egészségügyi szolgáltatóknál is. A nem megfelelő bánásmód miatt kialakult konfliktushelyzetek még inkább elriasztják a hajléktalanokat attól, hogy egészségügyi gondjaik esetén orvosi segítséget kérjenek (1., 2., 6., 7. interjúalany). A hajléktalanellátásban is alárendelt szerepet játszik a megelőzés. „A kríziskezelés elveszíti a fókuszát: az egész hajléktalanellátásban való gondolkodásban a prevenció sehol nincs meg.” (2. interjúalany).

A szakértői interjúkban többször megnevezett strukturális problémák a hajléktalanságban élőkkel készült interjúkban elsődlegesen úgy kerültek elő, mint amelyek számukra a legfőbb akadályt jelentik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben.

A szakértői interjúk is részben megerősítették a „területi kötődés” jelentőségét az egészségügyi ellátásban (például 4. interjúalany), amelyet maguk a hajléktalanok is

alátámasztottak. Vagyis azt, hogy alapjaiban nem tesznek különbséget a „normál” állami és a specializált egészségügyi ellátás között, mert nekik az a fontos, hogy azon a helyen kapják meg az ellátást, amelyhez van már valamilyen kötődésük (például régen ott lakott, a hajléktalanszálló ott található, megszokott háziorvosa ott praktizál) (11., 12., 13. interjúalany). A „területi kötődés” ellenére a hajléktalanságban élőkkel készült interjúkból kiderült, hogy a megkérdezettek – élethelyzetük, illetve súlyos betegségeik okán – az egészségügy számos szegmensét (szakmáját és intézményét) ismerik, akár több városban is fordultak már orvoshoz. Ez a fajta „területi kötődés” abból is fakad, hogy maga a hajléktalan, ha megteheti, igénybe veszi a normál ellátást, és ezt általában ott teszi meg, ahol éppen tartózkodik, tehát számára az a fontos, hogy ott megkapja a megfelelő ellátást. Hivatkozva a szakirodalmi előzményekre, végső soron a hajléktalanságban élők számára nem maga a kötődés a lényeges, hanem az egészségügyi ellátás területi szervezése („local connection”) (European Observatory on Homelessness 2015). A hajléktalanságban élő betegek visszatérése az ismerős vagy biztonságos környezethez egy „egyéni kötődés”, amely az életük korábbi vagy adott szakaszára érvényes területén lévő szolgáltatásokat keresi. A szakirodalmi források és a saját tapasztalatok is arról tanúskodnak, hogy a „területi kötődés” értelmezése szorosan összeforr a területi szervezésű ellátásokhoz való hozzáférés akadályáival.

Általában maguk a hajléktalanságban élők nem panaszkodnak az egészségügyi ellátás körülményeire vagy éppen a velük való bánásmódra – „... *de az én tapasztalataim jók!*” (9. interjúalany), egyébként sokszor a szociális munkások segítik őket, hogy a megfelelő egészségügyi ellátást megkapják (11. interjúalany). A társadalombiztosítási jogosultság megszerzésének és a gyógyszertámogatásnak a nehézkes adminisztrációját tulajdonképpen minden hajléktalanságban élő interjúalany alapproblémaként nevezte meg.

Következtetések és javaslatok

Jelen tanulmány elsődlegesen a hazai hajléktalanellátás egészségügyi oldalával foglalkozott statisztikai adatelemzés segítségével. A vizsgálati eredmények rámutattak a magyarországi hajléktalannépesség rossz egészségi állapotára, valamint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek akadályaira és azok következményeire.

Eredményeink szoros kapcsolatban állnak a nemzetközi előzményekkel és a szakirodalomból megismert tényekkel, megállapításokkal (4. táblázat). A hajléktalanságban élők egészségi állapota rosszabb az átlagnépességénél, ráadásul az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük is számos akadályba ütközik. Nagyon gyakori a multimorbiditás a hajléktalansággal élők körében, interjútapasztalataink alapján egyfelől kijelenthető, hogy legalább három-négy súlyos, krónikus betegséggel élnek együtt. A szerfüggőség és az ebből eredő egészségkárosodás kockázata – mentális problémák, sérülések stb. – magasabb arányban fordul elő közöttük az átlagnépességhez képest. Az idősödés demográfiai folyamata miatt hazánkban is növekszik az időskorú hajlék-

talánok száma, ami hatással van a hajléktalannépesség időskori krónikus megbetegedéseinek gyakoriságára. Nemcsak Magyarországon, hanem a kutatási előzmények alapján nemzetközi szinten is gyakori, hogy a hajléktalan élethelyzetben lévők főként a sürgősségi ellátást tudják igénybe venni egészségügyi problémáik esetében. Számos kutatás rámutatott továbbá arra, hogy a hajléktalannépesség magasabb arányban veszi igénybe az egészségügyi alapellátást és a járóbeteg-szakellátást. Azonban ezek korlátozottan vethetők össze a hazai arányokkal, ugyanis Magyarországon a hajléktalanságban élők járóbeteg-szakellátáshoz való hozzáférése számos – az előzőekben már említett okok miatti – akadályba ütközik, és így nagyobb arányban kerülnek be kórházba. Másfelől azt is meg kell említeni, hogy a hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatások megléte Magyarországon is segíti őket az orvoshoz fordulási hajlandóság növelésében, és ez olyan kedvező összefüggés az egészségügyi ellátás és a hajléktalanok egészség-magatartása között, amit a nemzetközi szakirodalom is különböző módon megerősít. Azt viszont ki kell emelni, hogy Magyarországon vertikálisan és horizontálisan is hiányos a hajléktalanságban élőkre specializált egészségügyi ellátás. Ez azt jelenti, hogy csak néhány szakmában állnak rendelkezésre kis számban, amelyek főleg a fővárosban és néhány nagyobb városban elérhetőek a hajléktalanok számára.

4. táblázat

Kvantitatív és kvalitatív vizsgálataink eredményei alapján a nemzetközi szakirodalomból származó tények, megállapítások alátámasztottsága

Based on the results of the authors' quantitative and qualitative researches, the substantiation of the facts and findings from international literature

A hajléktalanok egészségi állapotával és egészségügyi ellátásával kapcsolatos tények, megállapítások a nemzetközi szakirodalom alapján	Kvantitatív	Kvalitatív
	vizsgálataink eredményei alapján	
A hajléktalansággal élők körében magasabb arányú a korai halálozás az átlagnépességhez képest (Seastres et al. 2020).	Alátámasztott	Alátámasztott
A hajléktalanok között gyakoribb a multimorbiditás (Lutchmun et al. 2019).	Alátámasztott	Alátámasztott
A függőséggel összefüggő egészségügyi problémák felülreprezentáltak a hajléktalan élethelyzetben lévők körében (Levorato et al. 2017).	Alátámasztott	Alátámasztott
A hajléktalannépesség nagy gyakorisággal veszi igénybe az egészségügyi alapellátást és a járóbeteg-szakellátást (Fazel et al. 2014).	Csak részben alátámasztott	Csak részben alátámasztott
A hajléktalanok leggyakrabban a sürgősségi ellátást és a fekvőbeteg-szakellátást veszik igénybe (Bowen et al. 2019).	Alátámasztott	Csak részben alátámasztott
A hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is magas arányú (Queen et al. 2017).	Alátámasztott	Alátámasztott

Lényegében a hajléktalan élethelyzetben lévők életesélyei rosszabbak, mint a demográfiai értelemben hozzájuk hasonló kontrollnépessége, azaz korábban és nagyobb arányban halnak meg Magyarországon. A legtöbb hajléktalan a kedvezőtlen életkörülményekből adódóan nem képes elég figyelmet szentelni az egészségmegőrzésre, és a társadalombiztosítási jogosultság hiánya miatt sem jut időben megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Súlyos betegségeik sok esetben önmagukban is hozzájárulhattak ahhoz, hogy utcára kerültek, illetve a továbbiakban akadályozhatják őket abban, hogy munkához vagy jobb életfeltételekhez jussanak.

A specializált háziiorvosi szolgálatok nagyobb számban találhatók az országban, azonban ezek magasabb szintű beavatkozásokra nem alkalmasak, pedig a hajléktalanok legtöbbször súlyos állapotban kerülnek az ellátórendszerbe. Ennek hátterében az áll, hogy gyakorta elkerülik az ellátórendszert, és már csak sürgősségi esetként jutnak be a kórházakba. A specializált egészségügyi ellátások is csupán a fővárosban és a vármegyeszékhelyeken vannak jelen, így lényegében a településhierarchia alacsonyabb szintjeiről (közép- és kisvárosok) teljesen hiányoznak. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai lehetnek a következők: a társadalombiztosítási jogosultság hiánya és megszerzésének nehézsége, a hajléktalanokra specializált egészségügyi szolgáltatások hiánya az ellátórendszer minden szintjén, az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének akadályai, továbbá a konfliktushelyzetek a hajléktalanok ellátása kapcsán az állami szolgáltatóknál.

A kutatási eredmények alapján a következő javaslatokat fogalmazzuk meg a döntéshozók számára Magyarországon, amelyek elősegíthetik a hajléktalanságban élők egészségügyi ellátásának javítását. A jövőben biztosítani kellene, hogy a hajléktalanságban élők a jelenleginél nagyobb eséllyel hozzáférjenek az állami egészségügyi szolgáltatásokhoz. A hajléktalanok speciális szükségleteit is figyelembe vevő állami egészségügyi szolgáltatások megszervezésében nagyobb figyelmet lehet fordítani a területi szempontokra. Ez azt jelenti, hogy fel kell mérni a hajléktalan élethelyzetben lévők egészségi állapotát és feltárni azt, hogy körükben mely országrészekben jelentősebb a multimorbiditás mértéke. Az ellátás fejlesztése kapcsán ugyanakkor azt is előtérbe kell helyezni, hogy azokon a településeken szükséges megszervezni a hajléktalanok speciális szükségleteit is figyelembe vevő egészségügyi szolgáltatásokat, ahol eleve több beteg hajléktalan szorul mentésre. Kiemelten fontos lenne törekedni a hajléktalanok egészségi állapotának javítására (például megfelelő táplálkozáson keresztül) és a súlyos betegségek megelőzésére is (például járóbeteg-szakellátáshoz való hozzáférés biztosítása stb.). Ennek érdekében további kutatásokat lehetne szervezni arról, hogy mely betegségek hol fordulnak elő gyakrabban az országban, és erre alapozni a járóbeteg-szakszolgáltatások megszervezését. Ebben nagyobb szerepet kell biztosítani a szűréseknek, amelyekkel elkerülhető az, hogy a hajléktalan élethelyzetben lévő már csak súlyos, előrehaladott állapotban jusson el az egészségügyi ellátásba, annak is a legmagasabb és legdrágább szintjére (fekvőbeteg-ellátás). A megelőzés erősítése közvetlenül hozzájárulhat a hajléktalanságban élőkkel kapcsolatos egészségügyi kiadások csökken-

téséhez. Esetükben külön nehézséget jelent a nőgyógyászati és szülészeti szakellátás [7]. Érdemes lenne külön kutatásokat végezni nőgyógyászatra és szülészetre, valamint arra vonatkozóan is, hogy a hajléktalanoknak átlagosan hány gyermekük születik, és ezeknek a csecsemőknek mi lesz a sorsa.

Kiemeljük, hogy jelen vizsgálat nem tudott minden részletre kiterjedő rálátást biztosítani a hajléktalan élethelyzetben lévők egészségügyi ellátására Magyarországon, de a legfőbb tanulságok, következtetések így is hasznos információkkal szolgálhatnak az egészségyenlőtlenségekről és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi különbségeiről. A kutatás folytatásában feltétlenül szükséges egy kérdőíves felmérés megszervezése a hajléktalanságban élők körében az egészségi állapotukra ható kockázati tényezőkről és az egészségügyi ellátásuk körülményeiről.

Függelék

F1. táblázat

Az anonim interjúk főbb jellemzői, 2024
Main features of the anonymous interviews, 2024

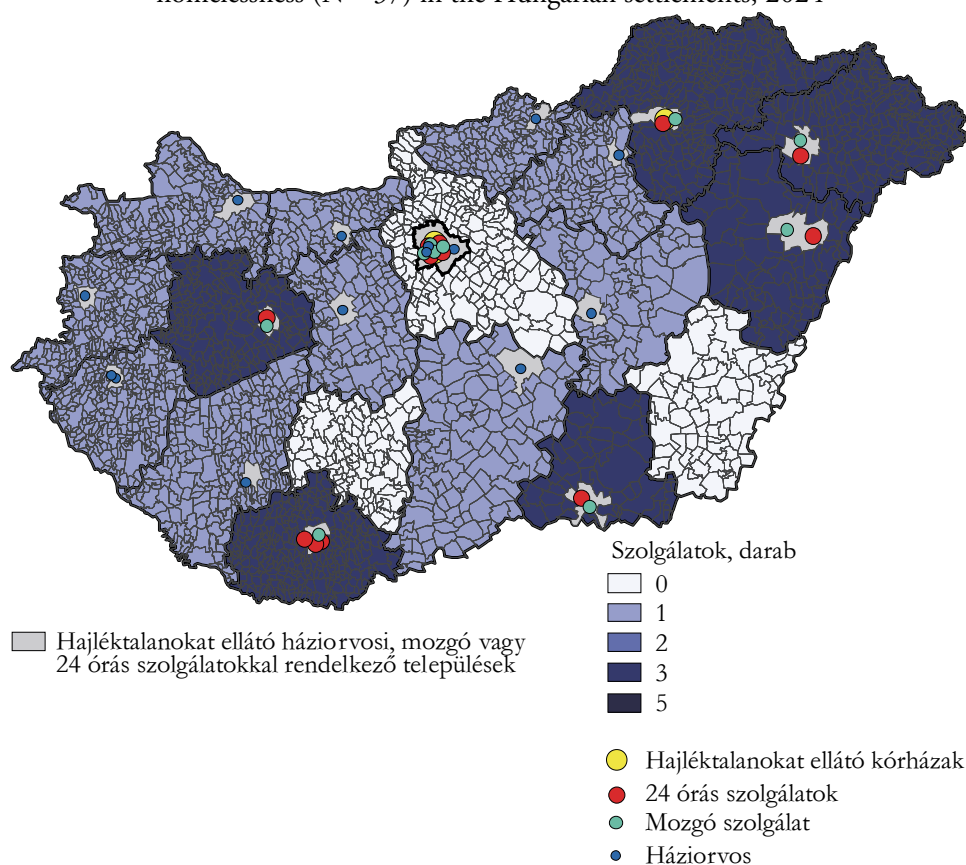
sorszám	Interjúalany			Interjúkészítés időpontja	Interjú időtartama
	típusa	foglalkozási státusa	neme		
1.	szakértői	beosztott	nő	2023. október 12.	31 perc
2.	szakértői	irodavezető	nő	2023. november 14.	49 perc
3.	szakértői	titkárságvezető	férfi	2023. november 14.	62 perc
4.	szakértői	intézményvezető	férfi	2023. november 15.	32 perc
5.	szakértői	módszertani vezető	férfi	2024. január 9.	36 perc
6.	szakértői	beosztott	nő	2024. január 12.	59 perc
7.	szakértői	csoportvezető	nő	2024. február 14.	61 perc
8.	hajléktalan	egészségügyi ellátásban részesült beteg	férfi	2024. március 5.	29 perc
9.	hajléktalan	egészségügyi ellátásban részesült beteg	férfi	2024. március 5.	33 perc
10.	hajléktalan	egészségügyi ellátásban részesült beteg	férfi	2024. március 5.	45 perc
11.	hajléktalan	egészségügyi ellátásban részesült beteg	férfi	2024. március 5.	23 perc
12.	hajléktalan	egészségügyi ellátásban részesült beteg	nő	2024. március 11.	40 perc
13.	hajléktalan	egészségügyi ellátásban részesült beteg	férfi	2024. március 11.	29 perc

Forrás: Vajdovich (2024a).

F1. ábra

A hajléktalanokra specializált egészségügyi ellátás intézményeinek (N = 37)* földrajzi elhelyezkedése Magyarország településein, 2024

Geographical location of health care institutions specialized for people experiencing homelessness (N = 37) in the Hungarian settlements, 2024



* Hajléktalanokat ellátó háziorvosi szolgálatok (N = 22), 24 órás szolgálat, mozgó szolgálatok (N = 12), kórházak (N = 3) száma. Number of general practitioner services (N = 22), 24-hour services, mobile services (N = 12), hospitals (N = 3) providing care to the homeless people.

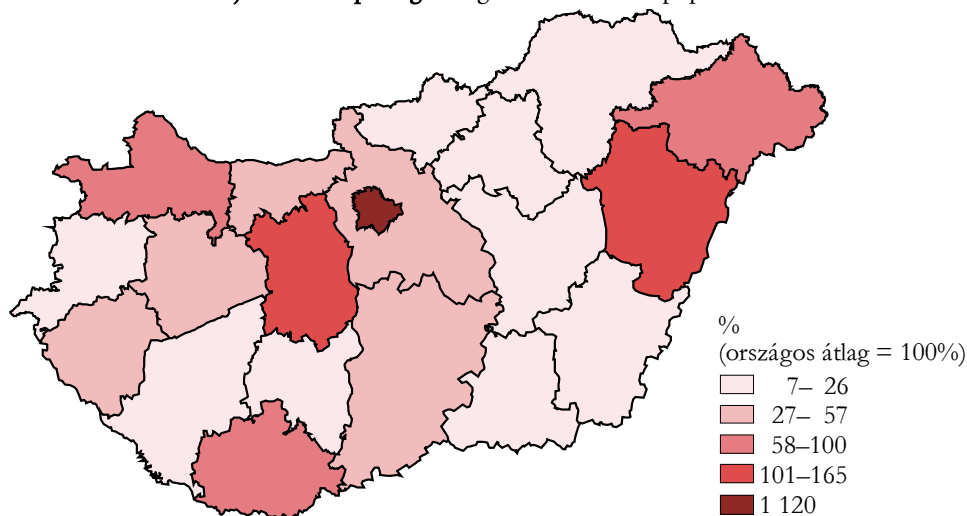
Adatok forrása: [4].

F2. ábra

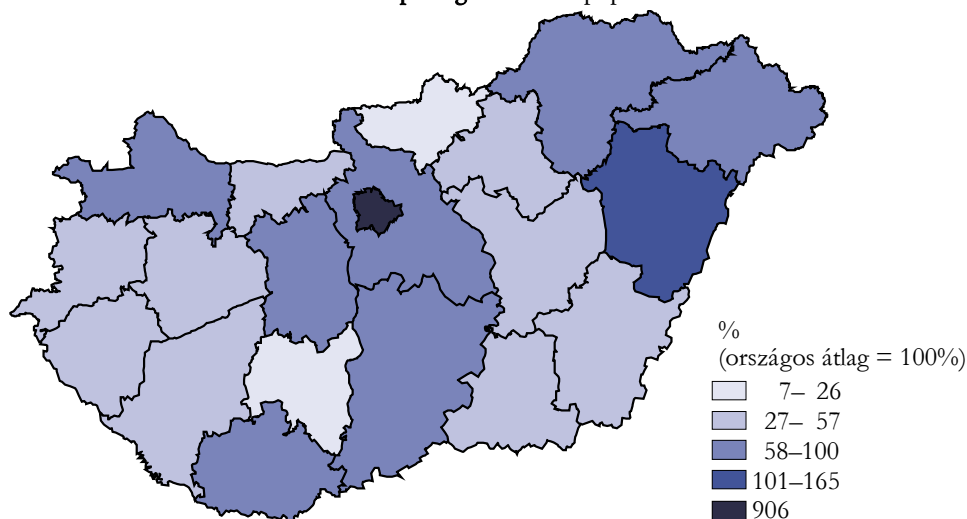
**A hajléktalan-* és a kontrollnépesség járóbeteg-szakellátási esetei
az országos átlag százalékában az egyes vármegyékben, 2015–2021**

Proportion of cases in outpatient health care based on the registered homeless* and
its control population in the percentage of the national average
in the Hungarian counties, 2015–2021

Hajléktalannépesség – Registered homeless population



Kontrollnépesség – Control population



* A NEAK adminisztrációjában hajléktalanként nyilvántartott népesség. Population registered as homeless in NEAK administration.

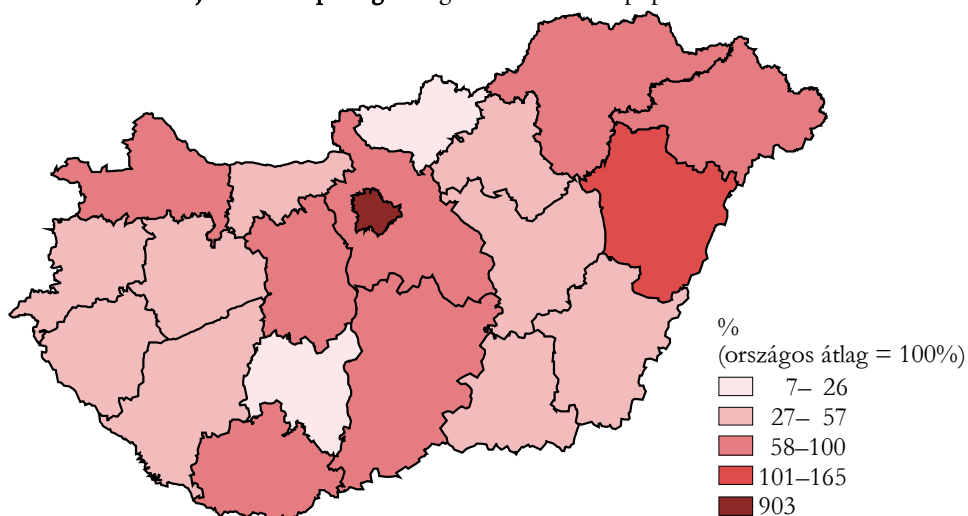
Megjegyzés: a térképek skáláját a természetes törések alapján osztottuk be, de a hatékonyabb összehasonlítás érdekében a hatértékek azonosak a Függelék F2. és F3. ábra mind a négy térképén.

Adatok forrása: [3].

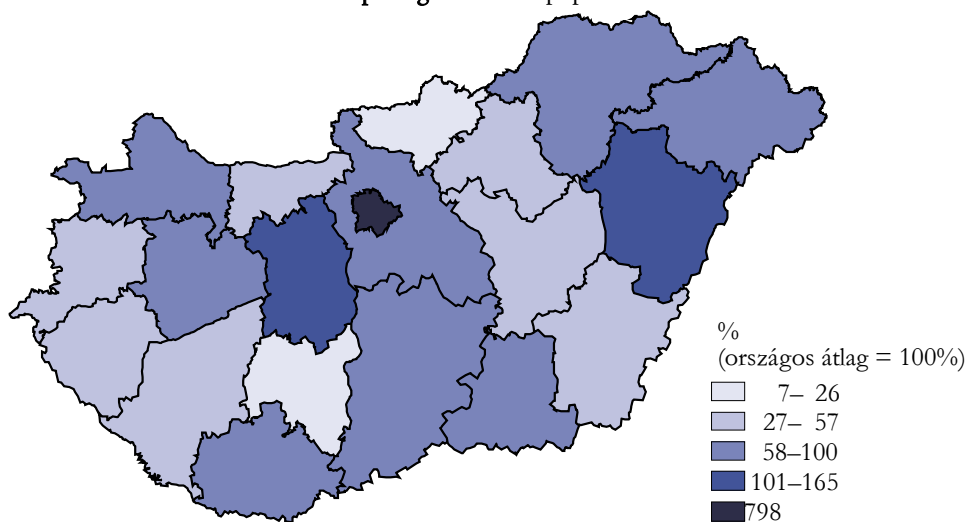
F3. ábra

A hajléktalan-* és a kontrollnépesség fekvőbeteg-szakellátási esetei az országos átlag százalékában az egyes vármegyékben, 2015–2021
Proportion of cases in inpatient health care based on the registered homeless* and its control population in the percentage of the national average in the Hungarian counties, 2015–2021

Hajléktalannépesség – Registered homeless population



Kontrollnépesség – Control population



* A NEAK adminisztrációjában hajléktalanként nyilvántartott népesség. Population registered as homeless in NEAK administration.

Megjegyzés: a térképek skáláját a természetes törések alapján osztottuk be, de a hatékonyabb összehasonlítás érdekében a hatértékek azonosak a Függelék F2. és F3. ábra mind a négy térképén.

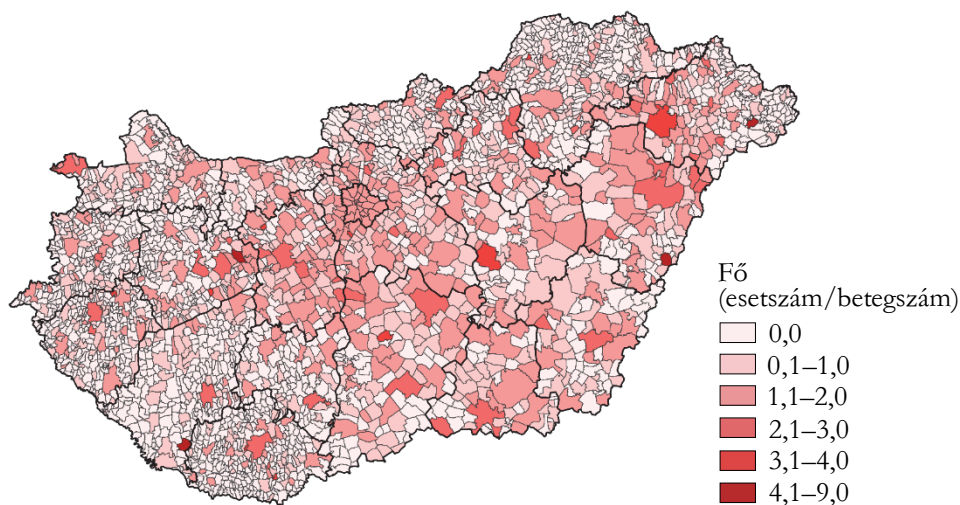
Adatok forrása: [3].

F4. ábra

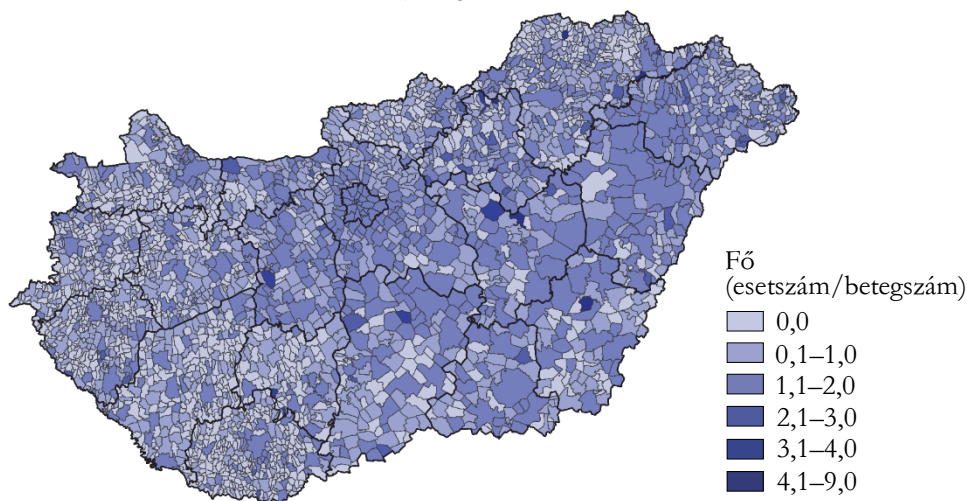
A hajléktalan-* és a kontrollnépesség sürgősségi esetfelvételi mentőszállítási esetszáma az összes betegszám százalékában az egyes településeken, 2015–2021

The number of emergency ambulance transports by rescue case recording for the registered homeless* and its control population in the percentage of the total number of patients in the Hungarian settlements, 2015–2021

Hajléktalannépesség – Registered homeless population



Kontrollnépesség – Control population



* A NEAK adminisztrációjában hajléktalanként nyilvántartott népesség. Population registered as homeless in the NEAK administration.

Megjegyzés: a térképek skáláját egyenlő intervallumok alapján osztottuk be, de a hatékonyabb összehasonlítás érdekében a hatértékek azonosak mind a két térképnél.

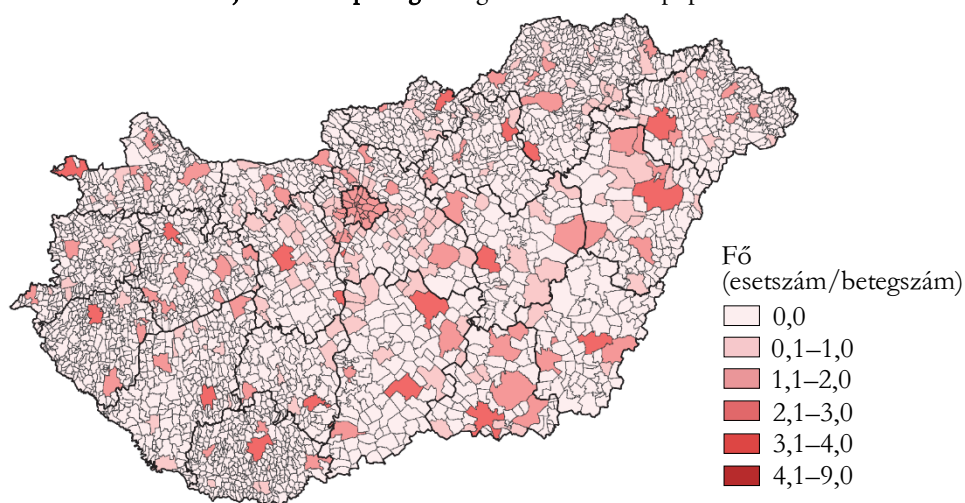
Adatok forrása: [3].

F5. ábra

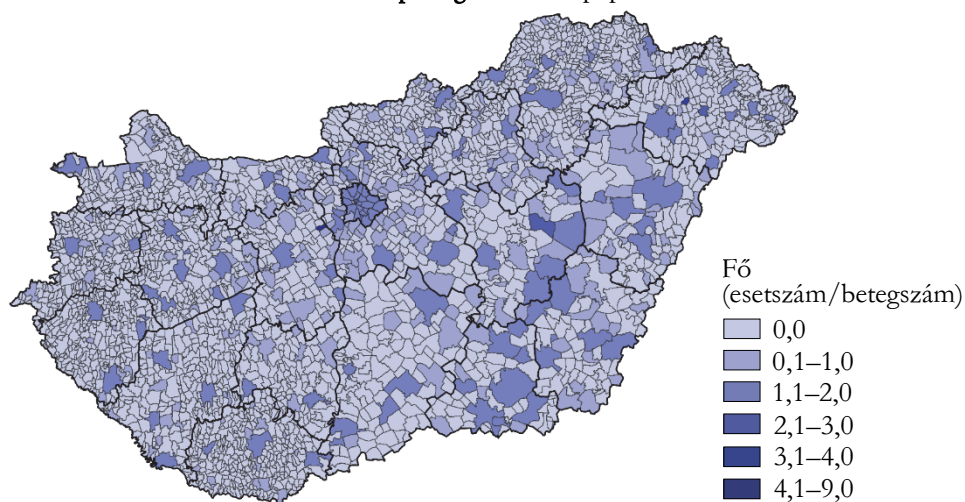
A hajléktalan-* és a kontrollnépesség sürgősségi esetleadási mentőszállítási esetszáma az összes betegszám százalékában az egyes településeken, 2015–2021

The number of emergency ambulance transports by rescue case submission for the registered homeless* and its control population in the percentage of total number of patients in the Hungarian settlements, 2015–2021

Hajléktalannépesség – Registered homeless population



Kontrollnépesség – Control population



* A NEAK adminisztrációjában hajléktalanként nyilvántartott népesség. Population registered as homeless in NEAK administration.

Megjegyzés: a térképek skáláját egyenlő intervallumok alapján osztottuk be, de a hatékonyabb összehasonlítás érdekében a hatértékek azonosak mind a két térképnél.

Adatok forrása: [3].

IRODALOM

- BAKOS, P. (2006): *Az egészséghez való jog emberi jog: az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon* FEANTSA, Budapest.
- BAPTISTA, I.–MARLIER, E. (2019): *Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: a study of national policies* European Commission, Brussels.
- BARTOŠOVIČ, I. (2016): Some aspects of the health status of homeless people *Clinical Social Work and Health Intervention* 7 (1): 39–47.
<http://dx.doi.org/10.22359/cswhi.7.1.04>
- BEHARIE, N.–LEONARD, N. R.–GWADZ, M. (2020): „No brokers to move out of here”: a mixed method analysis of the impact of homelessness policy and shelter governance on families residing in NYC shelters *Journal of Social Distress and the Homeless* 30 (4): 1–14. <https://doi.org/10.1080/10530789.2020.1774846>
- BÉNYEI, Z.–BREITNER, P.–GURÁLY, Z.–GYŐRI, P.–KOVÁCS, I.–MÓZER, P.–SZABÓ, A. (2018): *Gyorsjelentés a 2018. évi hajléktalan-adatfelvételről* Február Harmadika Munkacsoport, Menhely Alapítvány, Budapest.
- BEŽOVAN, G. (2019): *Social Europe National strategies to fight homelessness and housing exclusion – Croatia* European Commission, Brussels.
- BOWEN, M.–MARWICK, S.–MARSHALL, T.–SAUNDERS, K.–BURWOOD, S.–YAHYOCHE, A.–STEWART, D.–PAUDYA, V. (2019): Multimorbidity and emergency department visits by a homeless population: a database study in specialist general practice *British Journal of J General Practice* 69: e515–25.
<https://doi.org/10.3399/bjgp19X704609>
- BRAUN, E.–GAZDAG, G. (2015): Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között *Psychiatria Hungarica* 30 (1): 60–67.
- BREITNER, P. (1999): A hajléktalanná válás lépcsőfokai *Esély* 1: 84–108.
- BULYÁKI, T. (2023): Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek segítése – a BMSZKI gyakorlatának rövid bemutatása. *Párbeszéd: Szociális munka* 10 (1): 1–11.
<https://doi.org/10.29376/parbeszed.2023.10/1/7>
- CARMICHAEL, C.–SCHIFFLER, T.–SMITH, L.–MOUDATSOU, M.–TABAKI, I.–DONATE-MARTÍNEZ, A.–ALHAMBRA-BORRÁS, T.–KOUVARI, M.–KARNAKI, P.–GIL-SALMERON, A.–GRABOVAC, I. (2023): Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: an exploratory qualitative study *International Journal for Equity in Health* 22: 206.
<https://doi.org/10.1186/s12939-023-02011-4>
- DARÓK, I. (2004): Szegények, munkanélküliek, hajléktalanok. In: GELSEI, G. GERGELY, V. HORVÁTH, V.–RÁCZ, M. (szerk.): *A láthatatlanság vége. Társadalomismereti szöveggyűjtemény* pp. 33–56., Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért, Budapest.
- DÁVID, B.–ROSS, J.–VECSEL, M. (1998): *A hajléktalanság és a TBC* Soros Alapítvány, Budapest.
- FADGYAS-FREYLER, P. (2017): A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján *Esély* 3: 102–122.
- FAZEL, S.–GEDDES, J. R.–KUSHEL, M. (2014): The health of homeless people in highincome countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations *Lancet* 384(9953): 1529–1540.
- FEHÉR, B. (2008): Hajléktalan emberek Magyarországon 1989-től napjainkig *Vigilia* 6: 402–410.

- GURÁLY, Z.–VARGA, D. (2013): A hajléktalanság főbb jellemzői a vidéki Magyarország településein. In: GYÓRI, P.–VIDA, J. (szerk.): *Változó és változatlan arcú hajléktalanság* pp. 53–86., Menhely Alapítvány, Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest.
- GYÖNGYÖSI, K.–ERDŐHEGYI, M.–BALOG, GY. (2021): „Mi vagyunk a legutolsó hely”. Pszichoszociális fogvatékosság (pszichés problémák) hajléktalan emberek között, budapesti alacsony küszöbű hajléktalan-ellátásban dolgozó szociális munkások tapasztalatai tükrében *Esély* 2: 114–138.
- GYÓRI, P. (2020a): Büntető törvény után – világjárvány előtt. Hajléktalanná válás – szolgáltatások – perspektívák. Jelentés a hajléktalan emberek 2020. február 3-i kérdőíves adatfelvételéről. In: GYÓRI, P. (szerk.): *Február Harmadika Munkacsoport Jelentés a 2020. évi hajléktalan-adatfelvételről* pp. 1–32., Menhely Alapítvány, Budapest.
- GYÓRI, P. (2020b): Idősorok a hazai hajléktalanságról. In: KOLOSI, T.–TÓTH, I. GY. (szerk.): *Társadalmi Ríport 2020* pp. 332–357., TÁRKI, Budapest.
- GYÓRI, P. (2021): „Így kallódunk el szépen egymás után”. Állami gondozottak voltak, ma hajléktalanok *Esély* 1: 92–111.
- GYÓRI, P. (2022): Jelentés a hajléktalan emberek 2022. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről. In: GYÓRI, P. (szerk.): *Február Harmadika Munkacsoport Jelentés a 2022. évi hajléktalan-adatfelvételről* pp. 1–30., Menhely Alapítvány, Budapest.
- GYURIS, T.–OROSS, J. (1999): Kik azok a hajléktalanok – jogi megközelítés. In: GYURIS, T.–OROSS, J. (szerk.): *Tények és hátterük. Rövid áttekintés a magyarországi hajléktalanellátásról* A Homelessness in Europe International Conference balatonföldvári konferenciának kézirata.
- HORVAT, M.–BEŽOVAN, G. (2024): Sustainability and capacity analysis of croatian homeless service providers *European Journal of Homelessness* 18 (2): 67–94.
- HORVÁTH, S. (2012): *Két emelet boldogság. Mindennapi szociálpolitika Budapesten a Kádár-korban* Napvilág Kiadó, Budapest.
- JÓNA, GY.–HAJNAL, B. (2014): A magyarországi kistérségek területi tökéjének alakulása *Területi Statisztika* 54 (2): 99–118.
- KAJTOR, E. (2007): Az életminőség kihívásai Nógrád megyében a morbiditási és mortalitási mutatók alapján *Területi Statisztika* 47 (1): 151–169.
- KAPLAN, E. L.–MEIER, P. (1958): Nonparametric estimation from incomplete observations *Journal of the American Statistical Association* 53 (282): 457–481.
<https://doi.org/10.2307/2281868>
- KIRÁLY, G.–DÉN-NAGY, I.–GÉRING, ZS.–NAGY, B. (2014): Kévert módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok *Kultúra és Közösség* 5 (2): 95–104.
- KOVÁCS, V. (szerk.) (2019): *Utak az erdőben* Noran Libro Kft., Budapest.
- KISS, J.–SZALKAI, G. (2014): A foglalkoztatás területi koncentrációjának változásai Magyarországon a népszámlálások ingázási adatai alapján, 1990–2011 *Területi Statisztika* 54 (5): 415–447.
- LEVORATO, S.–BOCCI, G.–TROIANO, G.–MESSINA, G.–NANTE, N. (2017): Health status of homeless persons: a pilot study in the Padua municipal dorm *Journal of Annale Igjene* 29 (1): 54–62. <https://doi.org/10.7416/ai.2017.2132>

- LUTCHMUN, W.–GACH, J.–BORUP, C.–FROESCHL, G. (2022): Chronic diseases and multi-morbidity in persons experiencing homelessness: results from a cross-sectional study conducted at three humanitarian clinics in Germany in 2020 *BMC Public Health* 22: 1597. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14023-w>
- MAREK, E.–KALMÁR, R.–FAUBL, N.–ORSÓS, ZS.–NÉMETH, T. (2020): Előítéletek és hatásai az egészségügyi ellátásban: egy felmérés tanulságai *Orvosi Hetilap* 161 (19): 789–796. <http://doi.org/10.1556/650.2020.31694>
- MCNEILL, S.–O'DONOVAN, D.–HART, N. (2022): Access to healthcare for people experiencing homelessness in the UK and Ireland: a scoping review *BMC Health Service Research* 22: 910. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08265-y>
- MOSTOWSKA, M. (2023): Researching mortality and deaths of people experiencing homelessness *European Journal of Homelessness* 17 (1): 161–170.
- MUNTEANU, I.–CIORAN, N.–VAN HEST, R.–ABUBAKAR, I.–STORY, A.–CHIOTAN, D.–DE VRIES, G.–MAHLER, B. (2022): Tuberculosis surveillance in Romania among vulnerable risk groups between 2015 and 2017 *Therapeutics and Clinical Risk Management* 18: 439–446. <http://doi.org/10.2147/TCRM.S347748>
- NAGY, T. (2009): Átmenet a szocializmus rejtett hajléktalan világából a kvázi jóléti szociális védőhálóba *Tér és Társadalom* 23 (3): 79–96. <https://doi.org/10.17649/TET.23.3.1258>
- NAGY-BORSY, E.–VÁGI, ZS.–SKERLECZ, P.–SZEITL, B.–KISS, I.–RÁKOSY Zs. (2021): Health status and health behaviour of the Hungarian homeless people *Archives of Public Health* 79: 15. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00534-2>
- NEMES NAGY, J.–TAGAI, G. (2009): Területi egyenlőtlenségek, térszerkezeti determináció *Területi Statisztika* 49 (2): 152–169.
- NOVAK, B.–MATAJS, M.–SANGALLI, A. E.–PRUTS, H.–KORPASOVA, A.–LEPTOS, N.–STANKO, P.–TINAK, M.–KOSTICOVA, M. (2023): Evaluation of mobile and community dental service use among people experiencing homelessness *International Journal Environmental Research and Public Health* 20 (1): 845. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010845>
- PAKSI, B.–MAGI, A.–GURÁLY, Z. (2021): Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata *Esély* 1: 62–91.
- PETROVIĆ, M.–TIMOTIJEVIĆ M. (2013): Homelessness and housing exclusion in Serbia *European Journal of Homelessness* 7 (2): 267–286.
- PIK, K. (1995): Kik a hajléktalanok és mit tehetünk értük? *Esély* 6 (5): 60–80.
- RÁKOSY, ZS.–SZEITL, B. (2018): A hajléktalan emberek egészsége *Demográfia* 61 (1): 29–52. <https://doi.org/10.21543/Dem.61.1.2>
- QUEEN, A. B.–LOWRIE, R.–RICHARDSON, J.–WILLIAMSON, A. E. (2017): Multimorbidity, disadvantage, and patient engagement within a specialist homeless health service in the UK: an in-depth study of general practice data. *BJGP Open* 1 (3). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X100941>
- SEASTRES, R. J.–HUTTON, J.–ZORDAN, R.–MOORE, G.–MACKELPRANG, J.–KIBURG, K. V.–SUNDARARAJAN, V. (2020): Long-term effects of homelessness on mortality: a 15-year Australian cohort study *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 44 (6): 476–81. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13038>

- ŠIKIĆ-MIČANOVIĆ, L. (2010): Homelessness and social exclusion in Croatia *European Journal of Homelessness* 4: 45–63.
- SIMEK, Á. (2020): Vertikális és horizontális egészségügyi szolgáltató rendszerek a hajléktalanellátásban. In: FORRAI, J.–PÓK, A. (szerk.): *Hálózatok a tudományok, a technika és az orvoslás körében. Magyar Természettudományi Társulat tudománytörténeti kötetei* pp. 335–347., Magyar Természettudományi Társulat, Budapest.
- SMAHA, J.–FALAT, J.–GAŽOVÁ, A.–KUŽMA, M.–KYELOVIĆ, J.–PALKOVIĆ, M.–KURUS, R.–BABÁL, P.–PAYER, J.–JACKULIAK, P. (2024): Comparison of causes of mortality between hospitalized unsheltered homeless patients and non-homeless sex and age-matched controls: a retrospective case-control study *International Journal of Public Health* 69: 1607642. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607642>
- SARAJLIJA, M.–JUGOVIĆ, A.–ZIVALJEVIĆ, D.–MERDOVIĆ, B.–SARAJLIJA, A. (2014): Assessment of health status and quality of life of homeless persons in Belgrade, Serbia *Military Medical and Pharmaceutical Journal of Serbia* 71 (2): 167–174. <https://doi.org/10.2298/VSP1402167S>
- STROPNIK, N. (2019): *National strategies to fight homelessness and housing exclusion – Slovenia* European Social Policy Network (ESPN), European Commission, Brussels.
- TARIQ, S.–WOODMAN, J. (2013): Using mixed methods in health research *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports* 4 (6). <https://doi.org/10.1177/2042533313479197>
- TELLER, N.–ALBERT, F.–FEHÉR, B.–GYÓRI, P. (2023): Homelessness in Hungary. In: PLEACE, N.–BRETHERTON, J. (eds): *The routledge handbook of homelessness* pp. 325–335., Routledge, London.
- UZZOLI, A. (2008): Az egészségi állapot területi különbségei a közép-magyarországi régióban *Területi Statisztika* 48 (3): 357–366.
- VAJDOVICH, N. (2024a): *A hajléktalanok egészségügyi ellátásának területi jellemzői Magyarországon* Diplomamunka ELTE TTK Regionális Tudományi Tanszék, Budapest.
- VAJDOVICH, N. (2024b): Hajléktalan személyek egészségi állapotának jellemzői egy kevert módszertannal készített kutatás alapján *MEJ – Multidiszciplináris Egészség és Jólét* 2 (4): 42–51.
- VAJDOVICH, N.–UZZOLI, A. (2024): A hazai hajléktalanok egészségügyi ellátásának jellemzői a volt szocialista új városokban *City.hu – Várostudományi Szemle* 4 (2): 61–84.
- VOHRA, N.–PAUDYAL, V.–PRICE, M. J. (2022): Homelessness and the use of emergency department as a source of healthcare: a systematic review *International Journal of Emergency Medicine* 15: 32. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00435-3>
- WAGNER, J.–DIEHL, K.–MUTSCH, L.–LÖFFLER, W.–BURKERT, N.–FREIDL, W. (2014): Health status and utilisation of the healthcare system by homeless and non-homeless people in Vienna *Health and Social Care in the Community* 22 (3): 300–307. <https://doi.org/10.1111/hsc.12083>
- WISDOM, J.–CRESWELL, J. W. (2013): Mixed methods: integrating quantitative and qualitative data collection and analysis while studying patient-centered medical home models *PCMH Research Method Series* No: 13-0028-EF.

INTERNETES FORRÁSOK

- EUROPEAN OBSERVATORY ON HOMELESSNESS (2015): *Local connection rules and access to homelessness services in Europe*.
https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-studies_05_web7437249621511918755.pdf (letöltve: 2025. február)
- FEANTSA (2017): *European typology of homelessness and housing exclusion*.
<https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>
 (letöltve: 2024. november)
- FEBRUÁR HARMADIKÁ MUNKACSOPORT (2023):
https://februarharmadika.blog.hu/2023/02/03/februar_harmadika_adatfelvetel_133 (letöltve: 2025. február)
- NEAK TUDÁSTÁR – KISOKOS (2024): *Mi a társadalombiztosítás?*
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/jogszallitas_az_ellatasra/uj_tbj/uj_tbj_kisokos#1 (letöltve: 2024. november)
- NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ [NEAK] (2023): *Betegszállítás, mentés*.
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/betegszallitas_mentes#Mi%20a%20ment%C3%A9s%20%C3%A9s%20milyen%20esetekben%20indokolt%20ment%C3%A9st%20kezdem%C3%A9nyezni?/
 letöltve: 2024. november)
- O’SULLIVAN, E.–BENJAMINSEN, L.–BUSCH-GEERTSEMA, V.–FILIPOVIĆ, H. M.–PLEACE, N.–TELLER, N. (2023): *Homelessness in the European Union* European Parliament, Brussels.
<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/93cedbda-926a-11ee-8aa6-01aa75ed71a1/> (letöltve: 2024. november)
- SÁROSI, P. (2021): *Country report Hungary* HR4Homelessness Integrating Harm Reduction in Homeless Services.
<https://www.feantsa.org/download/hr4h-country-report-hungary-final6237240689852493165.pdf> (letöltve: 2024. november)
- SIMEK, Á. (2018): *A statisztika, és ami a számok mögött van*.
https://real-eod.mtak.hu/7559/1/Statisztika%20%202017%20nov%20anket%20k%C3%B6tet%20167_198%20%20Simek%20A.pdf
<https://doi.org/10.23716/TTO.22.2018.13> (letöltve: 2025. február)

ADATBÁZISOK/HONLAPOK

- [1] Fedél nélkül – Otthontalan emberek műhelye. <https://fedelnelkul.hu/>
 (letöltve: 2024. november)
- [2] Február Harmadika Munkacsoport 2023 adatbázisa egyedi adatkérés alapján.
- [3] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) egyedi adatkérés alapján.
- [4] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatbázisa – Hajléktalanokat ellátó háziorvosi szolgálatok.
https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/szerzodott_szolgaltatok/Hajlektalanokat_ellato_haziorvosi_szolgaltatok_&inline=true/
 (letöltve: 2024. november)

- [5] Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei – Kőbányai úti részleg.
<https://www.bmszki.hu/hu/kobanyai-uti-reszleg/> (letöltve: 2024. november)
- [6] Oltalom Karitatív Egyesület – Bőrgyógyászat.
<https://oltalom.hu/miben-segitunk/hajlektalanellatas/egeszsegugyi-ellatas/borgyogyaszat/> (letöltve: 2024. november)
- [7] Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei – Traumaérzékeny szemléletű nőgyógyászati szakellátás indul hajléktalan és lakhatási nehézséggel küzdő nők számára.
<https://www.bmszki.hu/hu/cikkek/traumaerzekeny-szemleletu-nogyogyaszi-szakellatas-indul-hajlektalan-es-lakhatasi> (letöltve: 2024. november)

TÖRVÉNYEK/JOGSZABÁLYOK

- [8] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
<https://njt.hu/jogszabaly/1993-3-00-00.101> (letöltve: 2024. november)
- [9] 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről.
<https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700080.TV>
(letöltve: 2024. november)