

**NEMZETI  
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI  
PROGRAM  
TERVEZET  
2023-2033**

**szakpolitikai javaslat**

Készítette

A Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárságának megbízásából  
a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete (NKE)

Szakmai szerkesztő:

Prof. Dr. Ádány Róza

WHO tanácsadó: Dr. Jakab Zsuzsanna, a WHO Főigazgató-helyettese

Írták:

Dr. Ádám Balázs

Prof. Dr. Ádány Róza

Prof. Dr. Barcs István

Dr. Bárdos Helga

Dr. Bényi Mária

Dr. Bíró Éva

Dr. Bíró Klára

Prof. Dr. Kiss István

Dr. Kolozsvári László

Prof. Dr. Kósa Karolina

Prof. Dr. Kósa Zsigmond

Prof. Dr. Nagy Katalin

Dr. Moizs Marianna

Dr. Oroszi Beatrix

Prof. Dr. Paulik Edit

Dr. Pándics Tamás

Dr. Pinke Ildikó

Dr. Rákosy-Vokó Zsuzsa

Prof. Dr. Rurik Imre

Prof. Dr. Sándor János

Dr. Somhegyi Annamária

Prof. Dr. Szilárd István

Prof. Dr. Ungvári Zoltán

Prof. Dr. Vokó Zoltán

Fotók: Gutási Éva

# Tartalom

Vezetői összefoglaló .....	4
Bevezetés .....	6
<b>Egészség egy életen át .....</b>	<b>16</b>
Anya- és gyermek-egészségügyi ellátás fejlesztése .....	17
Az ifjúság egészségfejlesztése.....	22
Idősek egészségi állapotának fejlesztése .....	29
Társadalmilag veszélyeztetett csoportokra irányuló célzott beavatkozások .....	35
Prevenció a fogászati ellátás területén .....	43
Járványügyi biztonság és a fertőző betegségek elleni küzdelem .....	47
Hatékony fellépés a kockázati egészségmagatartás-formák gyakoriságának csökkentése érdekében .....	58
<b>A betegségteher mérséklése .....</b>	<b>67</b>
Szív-érrendszeri betegségek megelőzése .....	68
Daganatos betegségek megelőzése .....	74
Anyagcsere-betegségek megelőzése .....	80
Légzőrendszeri betegségek megelőzése .....	86
Mozgásszervi betegségek megelőzése .....	90
Mentális zavarok megelőzése .....	96
Baleseti sérülések és erőszakos cselekmények megelőzése (Bényi Mária).....	102
<b>Egészséget támogató környezet kialakítása és a közösségi-orientációjú egészségügyi ellátórendszerek fejlesztése .....</b>	<b>107</b>
Társadalmi környezet fejlesztése .....	108
Lakó- és települési környezet fejlesztése .....	114
Munkahelyi környezet fejlesztése .....	121
Népegészségügyi fókuszú alapellátás fejlesztése .....	127
Az egészségügyi ellátórendszer egészséget befolyásoló anomáliáinak korrekciója .....	133
Ritka betegséggel sújtottak támogatása .....	140
Népegészségügyi kommunikáció .....	146
<b>A nemzeti népegészségügyi program megvalósítását támogató szervezeti és partnerségi struktúra</b>	<b>151</b>
A Nemzeti Népegészségügyi Program irányítása, szervezeti kerete, partnerségi együttműködések.....	152
Országos lefedettséget biztosító, regionális alapon szervezett egészségobszervatórium-rendszer létrehozása és működtetése.....	158
Egészséghatás-vizsgálatok.....	163

Hazánk 1981 óta az ún. fogyó népességű országok közé tartozik, ami egyrészt a születések alacsony, másrészt a halálozás magas számára vezethető vissza. A gyermekvállalást etikus eszközökkel ösztönző kormányzati politika mellett elengedhetetlen a halálozás – ezen belül kiemelten a korai halálozás – érdemi csökkentése. Általánosan elfogadott, hogy lakosságának egészségi állapota egy ország gazdasági teljesítményét, versenyképességét jelentős mértékben befolyásolja, ezért az egészségi állapot javítását, a betegségek megelőzését célzó hatékony népegészségügyi programok finanszírozását az összes fejlett országban az egészségbe való befektetésnek tekintik.

A Belügyminisztérium egészségügyi államtitkára 2022 novemberében kérte fel a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületét (NKE), hogy az Egészségügyi Világszervezet főigazgató-helyettesével együttműködésben készítse elő a „Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2033” (NNP 2023-2033) középtávú szakpolitikai stratégiát, mely tartalmazza

- a magyar népegészségügyi helyzet elemzését és értékelését,
- az ennek alapján azonosítható mérhető célokat,
- pontosan meghatározva a szükséges beavatkozások területeit és eszközeit,
- a szükséges beavatkozások személyi, tárgyi szakmai és szervezeti feltételeit,
- valamint rögzíti a megvalósítás, a nyomon követés és az értékelés alapelveit és rendszerét.

Előzményként említendő, hogy 2018-ban az NKE elkészített egy népegészségügyi stratégiai tervezetet, mely a magyar Kormány és a WHO Európai Regionális Irodája között létrejött Biennial Collaborative Agreement 2018-2019-nek is részét képezte, s jelen dokumentumnak is alapjául szolgál.

Az NNP 2023-2033 az aktuális magyar népegészségügyi helyzetre reagál, ugyanakkor az univerzális, fenntartható fejlődést garantáló értékekre épít. Az **Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának Egészség 2020** egészségpolitikai keretprogramja és stratégiája az általános és a konkrét célkitűzések szintjén olyan értékeket és feladatokat fogalmazott meg, mellyel az Európai Régió mind az 53 tagországa, köztük hazánk, kormányszata azonosult. A WHO „**Three Billions targets**” és Európai Irodájának 2020-2025 periódusra kidolgozott „**European Programme of Work - United Action for Better Health**” programjai az Egészség 2020 vízióját, fő célkitűzéseit megőrizve reflektálnak napjaink fő egészségügyi és népegészségügyi kihívásaira. Ezen dokumentumok nemzeti adaptációjára vállalkozó NNP általános célkitűzése, hogy minden ember kapjon felkészítést arra és támogatást ahhoz, hogy elérje és fenntartsa a lehetőség szerinti legjobb egészségi állapotot és jóllétet. A lakosság egészségi állapotának és jóllétének javításához elengedhetetlen a méltánytalan egészségszegénység csökkentése, a népegészségügyi szolgáltatások megerősítése és olyan lakosságközpontú egészségügyi rendszerek működtetése, melyek magas minőségű szolgáltatásai mindenki számára szükségletei szerint egyformán elérhetőek és fenntarthatók. Ezen célkitűzések megvalósítása összkormányzati és osztársadalmi elkötelezettséget igényel.

Az Egészség 2020 és a program megvalósulását nagymértékben segíti az a legmagasabb szintű nemzetközi kötelezettségvállalás a fenntartható fejlődés érdekében, mely az *ENSZ Agenda 2030* keretrendszerben került megfogalmazásra, s 2015-ben az ENSZ 193 tagállama, köztük Magyarország, által egyhangú elfogadásra. A dokumentum a 17 fenntartható fejlődési cél között (3. célként) egyértelműen nevesíti az egészséget és jóllétet, az egészséges élet lehetőségének biztosítását mindenki számára, minden korosztályban. A fenntartható fejlődési célok mögött az Egészség 2020 egyenlőtlenségek csökkentését célzó alapkonceptiója „ne hagyjunk senkit lemaradni” elvként fogalmazódik meg. A WHO főigazgatójának a következő öt évre szóló prioritásai is ezeket a célokat támogatják, aláhúzva – a jórészt az egészségügyön kívül elhelyezkedő - egészséget meghatározó tényezők jelentőségét, amelyek kellő fókuszba helyezésével 65%-kal csökkenthetjük a betegségterhet és növelhetjük az esélyegyenlőséget.

Az NNP az alapvető nemzeti stratégiai dokumentummal, nevezetesen az EMMI *„Egészséges Magyarország 2021-2027” Egészségügyi Ágazati Stratégiájának* alábbi átfogó ágazati céljaival teljes összhangban fő tevékenységi területekként az alábbiakat jelöli meg, és ezekhez rendel programblokkokat:

- Az egészségi állapot javítására törekedni kell a teljes élettartamon át és az egészséges élet választására az embereket alkalmassá kell tenni – „Egészség egy életen át” (1. és 2. ágazati célok)
- Törekedni kell a fő egészségproblémák leküzdésére, a betegségek megelőzésére – „A betegségteher mérséklése”. (3. ágazati cél)
- Meg kell erősíteni a közösségi orientációjú egészségügyi ellátórendszereket, a vészhelyzetekre való felkészültséget, és segíteni kell a problémák megfelelő kezelésére kész közösségek és támogató környezet létrejöttét – „Egészséget támogató környezet kialakítása és a közösségi orientációjú ellátórendszerek fejlesztése”. (4. és 5. ágazati célok)
- A népegészségügyi szolgáltatásokat, az egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők monitoring rendszerét fejleszteni, s az egészséghatás-vizsgálatokat intézményesíteni kell. (6. ágazati cél)

**Az ENSZ fenntartható fejlődési céljainak, a WHO stratégiáinak és a magyar Egészségügyi Ágazati Stratégia alapvető célkitűzéseinek szinergizmusa a Nemzeti Népegészségügyi Program megvalósításához is egyedülálló feltételrendszert teremt.**

## BEVEZETÉS

Rég ismert, általánosan elfogadott tény, hogy egy ország lakosságának egészségi állapotát a társadalmi-gazdasági tényezők – közvetlen és közvetett úton – jelentős mértékben befolyásolják. A születéskor várható átlagos élettartam és az egy főre jutó nemzeti össztermék értéke közötti függvénykapcsolat az egészség-gazdaságtan alapvető felismerése. Az egészség és a gazdaság kapcsolata nem egyirányú. Nemcsak a gazdasági tényezők súlya jelentős egy ország lakosságának egészségi állapotát meghatározó tényezők sorában, de a lakosság egészségi állapota is meghatározó befolyással van egy adott ország gazdasági teljesítményére: a humán erőforrás versenyképessége ugyanis alapvetően – a lakosság iskolázottsági szintje mellett – egészségi állapotának függvénye. Bloom és mtsainak 2001-ben közreadott, 104 országra kiterjedő elemzése igazolta, hogy a várható élettartam 1 évvel való meghosszabbítása a GDP 4%-os növekedését eredményezi. A makrogazdaság és az egészség viszonyának megítélése terén (kiemelten a közép-európai és közép-ázsiai országokban) paradigmaváltást sürgettek: az egészség nem egyszerűen a gazdasági fejlődés következménye, hanem a gazdasági fejlődés kulcstényezője, és ezért nem hangsúlyozható eléggé, hogy a nemzeti fejlesztési stratégiákban a lakosság egészségi állapotának javítása kiemelt hangsúlyt kell, hogy kapjon. Az elmúlt két évtizedben részben fenti koncepciót igazoló, részben azt kritikusan értékelő publikációk tömege jelent meg. Utóbbiak felhívták arra a figyelmet, hogy a várható élettartam növekedése a fejlett országokban a lakosság előregedéséhez vezet, ami a gazdaság terheit lényegesen növeli az egészségügyi ellátás és a nyugdíjrendszer megnövekedő terhei miatt, s a népegészségügyi intervencióknak az egészségben töltött élettartam növelésére, azaz az egészséges öregedés támogatására is fókuszálnia kell. Ezáltal biztosítható, hogy az alapvetően egészséges időskorúak munkaerőpiacon tartásával a demográfiai helyzetből fakadó terhek mérsékelhetővé, az előnyök pedig kiaknázzhatóvá váljanak. Hazánk jövője gazdasági versenyképességének, és így a lakosság egészségi állapotának függvénye. Nemzeti sorskérdés tehát, hogy a lakosság egészségi állapotának javítása alapvető stratégiai célkitűzésként jelenjen meg úgy a tudomány-, mint az egészségpolitika szintjén, és az egymást követő kormányok az egészségorientált döntés-előkészítést és döntéshozást alapvető kötelességüknek tekintsék és gyakorlatként érvényesítsék.

A lakosság egészségi állapota és a társadalom fenntartható fejlődése számos ponton érintkezést mutat. Az egészségbe való befektetés támogatja a társadalmi, gazdasági és környezeti fenntarthatóságot, miközben az egészséges környezetbe való befektetés fenntartható növekedéssel, biztonságos társadalommal támogatja az egyéneket, a családokat és a közösségek egészségét és jóllétét.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egyik Health Evidence Network szintézis jelentésében vizsgálta az egészségbe történő befektetések társadalmi megtérülését. A tudományos evidenciák alapján az alábbi három következtetés vonható le:

- a jelenlegi befektetési politikák és gyakorlatok (szokásos üzleti tevékenység) nem fenntarthatók, mivel magas költségekkel jár az egyének, a családok, a közösségek, a társadalom, a gazdaság, de a globális világ számára is,
- a népegészségügyi politikákba való befektetés hatékony, eredményes és innovatív megoldásokat kínál, amelyeket értékek és bizonyítékok határoznak meg, és ösztönzik a társadalmi, gazdasági és környezeti fenntarthatóságot,
- az egészségre és a jóllétre irányuló beruházás a fenntartható fejlődés mozgatórugója, és képessé teszi az embereket arra, hogy elérjék a lehető legkedvezőbb egészségi állapotot.

Három útvonalat azonosítottak, amelyeken keresztül az egészségügyi és jólléti befektetések ösztönzik (közvetlenül az egészségügyi szektoron keresztül) és lehetővé teszik (közvetetten más ágazatokon keresztül) a fenntartható fejlődést:

- az *egészség és biztonság útvonal* a várható élettartam növelésével, az életminőség javításával, az emberi tőke fejlesztésével, a munka termelékenységének és aktivitásának növelésével, valamint a nemzeti és globális egészségbiztonság megteremtésével,
- a *szociális és a méltányossági útvonal* a társadalmi csoportok és nemek közötti egyenlőtlenségek mérséklésével, a társadalmi tőke erősítésével, a politikai stabilitás megteremtésével, valamint a nők, a fiatalok és a legszegényebbek foglalkoztatási esélyegyenlőségének elérésével,
- a *gazdasági és innovációs útvonal* a közvetlen, közvetett és indukált gazdasági hatások révén, mint például a foglalkoztatás és a megfelelő munkahelyek biztosításával, készségek fejlesztésével, infrastruktúra létrehozásával, eszközök és technológiák beszerzésével, kommunikáció, logisztika, indukált adó- és társadalombiztosítási hozzájárulások biztosításával, versenyképes egészségügyi szolgáltatások létrehozásával és a technológiai újításokkal, amelyek a fenntartható termelést és fogyasztást ösztönzik.

Fentiek alapján a WHO Európai Regionális Bizottsága az alábbi 12 népegészségügyi politikai prioritást fogalmazta meg a népegészségügy értékteremtésével kapcsolatban:

- foglalkozni kell az egészség társadalmi, gazdasági és környezeti meghatározóival arányos, univerzális megközelítésben,
- biztosítani kell a nemek közötti egyenlőséget, a nők jogait és a felelősségvállalást, valamint az erőszak és a visszaélések kezelését,
- a legjobb életkezdési feltételeket kell biztosítani: egy gyermeket sem hagyhatunk magára,
- gondoskodni kell a korai és ifjúsági oktatásról, az egészségtudatosságról és a megfelelő foglalkoztatásról,
- biztosítani kell az egészséges és aktív öregedést,
- mérsékelni kell a dohányzást, az alkoholfogyasztást, az elhízást, az egészségtelen táplálkozást és a fizikai inaktivitást,
- kiemelt figyelmet kell fordítani a nem fertőző és a fertőző betegségek megelőzésére,

- biztosítani kell az univerzális egészségügyi ellátást és minimalizálni kell a beteg által közvetlenül fizetendő költségeket,
- a népegészségügyi rendszer, kapacitások és szolgáltatások megerősítése a nemzeti és globális egészségbiztonság megteremtése,
- az egészségügyi munkaerő átalakítása, bővítése és optimalizálása,
- egészséges és egészségmegőrző helyek, környezet és rugalmas közösségek létrehozása, beleértve a fenntartható természeti és városi környezetet,
- zöld és körkörös gazdaság biztosítása (hulladék és negatív hatások minimalizálása) fenntartható termeléssel, fogyasztással és beszerzéssel,
- az egészségi állapot javítását célzó komplex népegészségügyi intervenciók tudományos evidenciákkal alátámasztottan megfelelő megtérülést biztosítanak a források felhasználása tekintetében; az egészségbe, illetve egészségügybe eszközölt befektetések a fenntartható társadalmi-gazdasági fejlődés alapjait erősítik.

## Demográfiai és epidemiológiai helyzet

A világ fejlett országait (köztük, mint OECD tagországot, hazánkat is) jellemző demográfiai trendet – bár országonként eltérő mértékben – a folyamatosan növekvő születéskor várható átlagos élettartam és csökkenő termékenységi mutatók határozzák meg, melyek következtében ezen országok lakosságát egyöntetűen az *előregedés*, és – abban az esetben, ha a halálozások száma meghaladja a születések számát – a *természetes fogyás* jellemzi.

Az élveszületések és a halálozások időbeni alakulása szempontjából 1981 hazánkban kritikus jelentőségű: a halálozások száma ebben az évben először haladta meg az élveszületések számát, s a továbbiakban ez a deficit (természetes fogyás) egyre mélyült: 1993-ban meghaladta a 30 000-et, 1998-ban a 40000-et, s ezt követően (néhány kiugró érték mellett) évenkénti 30-40 ezer között ingadozott. A COVID pandémia két évében a népességfogyás mértéke minden korábbi, 1981-et követő, évi veszteségnél magasabbnak bizonyult (2020: 48664; 2021: 62582). Összességében megállapítható, hogy 1981 óta napjainkig több mint 1,3 millióval lettünk kevesebben.

A népességfogyást hazánkban is a lakosság korstruktúrájának változása kíséri. Az OECD országokban a 65 éven felüliek aránya 1960-ban még a 9%-ot sem érte el, de 2015-ben már 17% volt, és a növekedés mértékét előrejelző trendanalízisek 2050-re már 28%-ot prognosztizálnak. Az OECD legfrissebb előrejelzése szerint a fejlett országok lakosságának előregedése egyre inkább a 80 éven felüli lakosság arányának drámai növekedésében nyilvánul meg, s ez az arány 2050-re meg fogja haladni a 10%-ot. Hazánkban a 65 éven felüliek aránya 1920-ban 5,6%, 1990-ben 13%, 2020-ban 19,9%, míg 2022-ben 20,3% volt. A 80 év felettek száma és aránya is egyre nő: 1990-ben még 2,6%, 2020-ban már 4,5%, 2021-



ben 4,6% volt, mely az Eurostat előrejelzése szerint 2060-ra akár megkétszereződhet. A KSH öregedési index-ként a 14 éves és ennél fiatalabb népességre jutó idősök (65 évesek és annál idősebbek) arányát kezeli, melyet egyszerűsítve akként fejez ki, hogy 100 gyermekkorúra hány idős egyén jut. Az öregedési folyamat dinamikáját jellemzi, hogy 2005-ben ez az arány 99,9 volt, tehát a népességen belüli számuk megegyezett, ami 2022-re 141,1-re nőtt.

A **születéskor várható átlagos élettartam** a magyar férfiak esetében 1988-1993 között – Európában egyedülálló módon – csökkent, s bár a nők esetében 1980, a férfiak esetében 1994 óta enyhe, de gyakorlatilag konzekvens emelkedést mutatott, messze elmaradt mindkét nem esetében nemcsak a vezető országok, de a hasonló történelmi sorsú cseh, lengyel és szlovák volt „testvérállamok” hasonló mutatóitól is. 2019-ig ez a mérsékelt növekvő trend folytatódott, melyet a COVID pandémia által okozott többlethalálozás megtört, s 2020-ban a születéskor várható átlagos élettartam csökkent, hasonlóan az EU tagállamok (köztük Ausztria) és Svájc átlagához, de míg 2021-ben Svájcban ez a mutató visszatért a korábbi értékre, s Ausztriában nem csökkent tovább, hazánkban (hasonlóan az EU<sub>27</sub>, cseh, szlovák és lengyel mutatókhoz) további csökkenés volt tapasztalható. Az Eurostat adatai szerint Magyarországon a születéskor várható átlagos élettartam 2019-es értéke (76,5 év) 2020-ban 75,7, majd 2021-ben 74,5 évre csökkent. A 2021-es születéskor várható átlagos élettartam mutatók alakulása alapján hazánknál kedvezőtlenebb mutatókkal az EU tagállamok közül csak Lettország, Románia és Bulgária rendelkezett; az EU átlagától való lemaradásunk 6,7 év volt.

Egy ország lakosságának egészségi állapota a prevenciók célpontok meghatározásának igényével első megközelítésben a korai – a WHO szerint a 65., az OECD szerint a 70. életév betöltése előtt bekövetkezett – halálozások mértékével és halálloki struktúrájával jellemezhető. A korai halálozáson belül sajátos kategória az első életév során bekövetkező halálozások összességét magában foglaló csecsemőhalálozás, mely alapvetően nem a lakosság egészségi állapotát, hanem az egészségügyi ellátás színvonalát tükrözi. A *csecsemőhalálozás* alakulását hazánkban 1970 óta folyamatosan csökkenő trend jellemzi, 1997-ben 10‰ alá csökkent, 2021-re már 3,3‰-et jelentett a Központi Statisztikai Hivatal. Ez a kétségkívül kedvező trend elégedettségre azonban távolról sem ad okot, hisz a 10‰ átlépése Svédországban – egy negyedszázaddal korábban – 1973-ban megtörtént (2020-ban a svéd mutató 2,4‰, míg a legalacsonyabb érték Észtországban 1,4‰ volt az Eurostat jelentése szerint). A csecsemőhalálozást vármegyéi szerinti bontásban elemezve jelentős térségi egyenlőtlenség figyelhető meg. A 2021 évi adatok alapján az ország legkedvezőbb helyzetben lévő vármegyéiben (Pest, Heves, Csongrád-Csanád) a mutatók az EU átlagnál (2020: 3,3‰) is lényegesen kedvezőbbek, ugyanakkor a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő vármegyéket (Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Komárom-Esztergom, Nógrád) jellemző arányszámok 5‰ körüli (esetenként 6‰ feletti) értéket mutatnak. A csecsemőhalálozástól eltekintve a **0–64 éves korosztály ún. korai halálozása** döntő módon az egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezők, ill. azok érvényesülésének mértéke által meghatározott, ezért – valamint súlyozottan

érvényesülő társadalmi terhe miatt – a népegészségügyi szakirodalom jellemző módon e korosztály halálózását elemzi kiemelten.

Hazánkban a 0–64 éves lakosság halálózása az 1970-es évek elején az EU15-tagországok halálózási átlagát alig haladta meg mind a férfiak, mind a nők esetében; csak az évtized közepén kezdődött el a férfiak halálózásában az a példátlan meredekségű növekedés, amely 1993-ban tetőzött. Ez a növekedés párhuzamosan zajlott az EU15-tagországok korai halálózási mutatóinak töretlen javulásával, és így elszakadásunk az EU<sub>15</sub> átlagtól egyre mélyült. 1993 óta a korai halálózás alakulását hazánkban is egyértelmű csökkenő trend jellemzi, de ez a csökkenés nem elég erőteljes ahhoz, hogy a korai halálózás relatív kockázatát jelző hazai átlag/EU15 átlag viszonyszám értékét érdemben befolyásolja. A korai halálózás relatív kockázata a keringési rendszer betegségei miatt mintegy háromszorosa az EU tagországok lakossága átlagának, míg a daganatos betegségek esetében a kockázat átlagosan kétszeres.

A korai halálózás miatti potenciális életévvesztés 100000 lakosra számítva Magyarországon az OECD elemzése szerint 2019-ben 6884 év (férfiak: 9527/100000, nők: 4496/100000) volt, az EU tagországok között ennél csak Litvánia, Bulgária, Románia és Lettország mutatói kedvezőtlenebbek mindkét nem esetében. Az elvesztett életévek alakulását tekintve a daganatok a vezető halálteki csoport (31%), ezt követik a keringési rendszer betegségei (26%), a harmadik legjelentősebb halálteki csoportot pedig a morbiditás és a mortalitás külső okai (pl. baleset, mérgezés, önsértés: 14%) képezik.

A **korai halálózás** mértékének csökkentésére irányuló intervenciók tervezése szempontjából döntő fontosságú a **halálteki struktúra** ismerete. Ennek vizsgálata a 25-64 éves korosztályban látszik indokoltnak, tekintettel arra a tényre, hogy a betegségek okozta korai halálózások több, mint 90%-a ebben az életkortartományban következik be.

A 2019-ben 25-64 éves korban bekövetkezett halálesetek 33,4%-át a férfiak esetében a daganatos betegségek, 33%-át pedig a keringési rendszer betegségei okozták. E két vezető halálteket a külső okok (10,8%) és az emésztőrendszer betegségei (9,8%) – közel azonos súllyal – követik. Nők esetében a halálteki rangsor hasonló, de a daganatos betegségek és a keringési rendszer betegségei okozta halálózás viszonyát a daganatos betegségek okozta halálózás erős dominanciája jellemzi (46,6%), míg a keringési rendszer betegségei okozta halálózás a korcsoport halálózásának 24,8%-át jelenti. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálózás 7,6%-kal a nők esetében a harmadik helyen áll a halálteki szerinti rangsorban, míg a külső okokra visszavezethető halálózás – a légzőrendszer betegségei miatti halálteket (6,7%) követve – esetükben az 5. helyen áll, lényegesen kisebb (5,6%) részesedéssel, mint a férfiak esetében.

Bár a légzőrendszer betegségei okozta halálózás halálteki súlya a két vezető haláltekihez viszonyítva mindkét nem esetében viszonylag alacsonyabb (férfiak: 5,6%, nők: 6,7%), figyelembe véve azt a tényt,

hogy többségükben az ún. „elkerülhető halálozás” kategóriájába tartoznak, e haláloki csoport a népegészségügyi akciók szempontjából különösen fontos.

2021-ben a COVID okozta halálozás jelentős aránya (férfiak: 18,8%, nők: 19,7%) nemcsak a halálokok részesedésének mértékében, de a haláloki sorrendben is változást hozott. A férfiak korai halálozásában a szív-érrendszeri betegségek okozta halálozás került vezető pozícióba (29,1%), lényegesen előzve a daganatos betegségek okozta mortalitás részesedését (22,1%). Az emésztőrendszeri betegségek és a külső okok okozta halálozások aránya sem a férfiak, sem a nők esetében nem változott érdemben, de mindkettőt jelentősen előzi a COVID halálozás aránya. Ennek mértéke a nők esetében olyan magas, hogy a szív-érrendszeri halálozási arány (20,6%) alig haladja meg COVID okozta halálozás (19,7%) arányát. A daganatos halálozás dominanciája (34,5%) a nők esetében változatlanul fennáll.

**A daganatos betegségek okozta korai halálozásban** mindkét nem esetében a tüdőrák okozta halálozás vezet, amelyet férfiak esetében a vastagbél-végbél daganatos betegségei, valamint az ajak, szájüreg és garat daganatai okozta halálozás, míg nők esetében az emlő és a vastagbél-végbél daganatai okozta halálozás követ. A daganatos betegségek okozta korai halálozás EU-ban csökkenő trendjét a magyar halálozás nem követte, így az 1990-ben 1,3-szeres relatív kockázat 2019-re 1,6-szeresére nőtt; a férfiak esetében 1,4-szeresről 1,7-szeresre, a nők esetében 1,3-szeresről 1,6-szeresre. Nemzetközi összehasonlításban a daganatos betegségek okozta halálozás tekintetében Magyarország a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő országok között van, a „világranglistán” férfiak esetében Mongóliát követve a második helyen áll, s nők esetében is az OECD tagországok között a legkedvezőtlenebbek a magyar mutatók. Kitüntetett figyelmet érdemel, hogy az OECD országok között Magyarország úgy vezet a daganatok okozta halálozási ranglistát, hogy a megbetegedési arányszámok tekintetében nála kilenc ország is magasabb mutatókkal rendelkezik. Ez a tény a daganatos betegségek szűrésének és ellátásának súlyos hiányosságaira egyaránt rámutat.

Világviszonylatban hazánk a tüdőrák és a hasnyálmirigy rák okozta halálozást tekintve az első (tüdőrák: férfiak harmadik, nők első helyen; hasnyálmirigy rák: férfiak az első, nők a második helyen), szájüregi rákok okozta halálozás esetében a hatodik (férfiak hatodik, nők hetedik) helyen áll.

A magyar férfiak és nők korai halálozását jellemző mutatók mögött **jelentős térségi egyenlőtlenségek** húzódnak meg.

A legutóbbi (2016), még az Országos Közegészségügyi Intézet által készített, Egészségjelentés szerint a járássok szintjén elvégzett halálozási elemzés során nyert legmagasabb halálozási érték a legalacsonyabb érték mintegy hatszorosa a keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás esetén, de több mint két és félszeres a rosszindulatú daganatos betegségek okozta korai halálozás esetében is. A Népegészségügyi

Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR) legfrissebb, 2021-re vonatkozó, adatai szerint a 25-64 éves korcsoportban járási szinten a legmagasabb halálozási érték a legalacsonyabb érték hét és félszerese a keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás, míg négyszeres a rosszindulatú daganatos betegségek okozta korai halálozás esetén.

Bár a legutóbbi egészségfelmérés (2019) kapcsán a felnőtt lakosság több mint 65,5%-a jónak vagy nagyon jónak minősítette egészségi állapotát, nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy a 15 éves és idősebb magyar lakosság 60%-a túlsúlyos vagy elhízott volt, 24,9%-a dohányzott napi rendszerességgel, ami csak minimálisan (kevesebb mint 1%-al) alacsonyabb a 2014-es értéknél, de 2014 és 2019 között a dohányzást helyettesítő vagy imitáló elektronikus eszközök használati gyakorisága 0,6%-ról 2%-ra nőtt. A 2014-es felmérés eredményeihez viszonyítva nem történt változás a kontrollálatlan alkoholfogyasztás gyakoriságát tekintve, 2019-ben a nagyivók becsült aránya 5% volt (a férfiak 10%-a, a nők 1–2% volt nagyívó). A táplálkozási szokásokat tekintve mindössze az emberek 8%-ának a fogyasztási szokása felel meg a WHO-által az egészséges táplálkozás kapcsán meghatározott kritériumoknak. A szabadidős fizikai aktivitást tekintve 2019-ben az öt évvel korábbiakhoz képest egyértelműen romlott a helyzet: a 15 éves és idősebb lakosság 54%-a egyáltalán nem sportol (ez az arány 2014-ben 43% volt), és mindössze 23% végez legalább heti 150 perc szabadidős testmozgást (2014-ben 29%-os volt a gyakoriság).

A 19 éves és idősebb emberek mintegy 40%-ának magas a vérnyomása, s a 15 éves és annál idősebbek korcsoportjában jelentősen nagyobb a magasvérnyomás-betegek aránya (32%), mint az EU országok lakosságának átlaga (21%).

Az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) 2019 során a 15 éves és annál idősebb magyarországi lakosság közel fele (48%) nyilatkozott úgy, hogy van krónikus betegsége, egészségi problémája, a férfiak 44, a nők 51%-a. A cukorbetegség előfordulási gyakorisága (orvos által felállított diagnózis alapján) 9% volt.

Összességében megállapítható, hogy a magyar lakosság esetében azonosítható népegészségügyi problémák, bár a mutatók értékének alakulását tekintve országspecifikusak, jellegüket tekintve nem különböznek az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójában azonosított problémáktól, melyekre koncepcionális választ a 2012 szeptemberében hazánk által is elfogadott **Egészség 2020** európai egészségpolitikai keretprogram és stratégia ad.

Ez a stratégia az általános és a konkrét célkitűzések szintjén, majd a kitüntetett jelentőségű tevékenységi területek azonosítása kapcsán is olyan értékeket és feladatokat fogalmazott meg, amellyel az Európai Régió mind az 53 tagországa azonosult, és igyekezett nemzeti egészségpolitikáját annak szellemiségével összhangban megalkotni.

**Az európai stratégia általános célkitűzése, hogy minden ember kapjon felkészítést arra és támogatást ahhoz, hogy elérje és fenntartsa a lehetőség szerinti legjobb egészségi állapotot és jóllétet, és az adott országok önállóan és együttesen arra törekedjenek, hogy az egyenlőtlenségeket**

**csökkentsék. A lakosság egészségi állapotának és jóllétének javításához elengedhetetlen a lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítése, az egészségyenlőtlenségek csökkentése, a népegészségügyi szolgáltatások megerősítése és olyan lakosságközpontú egészségügyi rendszerek működtetése, melyek magas minőségű szolgáltatásai mindenki számára szükségletei szerint egyformán elérhetőek és fenntarthatóak.**

Az európai stratégia hangsúlyozza, hogy ezen célkitűzések megvalósítása összkormányzati elkötelezettséget, ún *egészségbarát kormányzati politikát* igényel. Fő tevékenységi területekként a stratégiai dokumentum az alábbiakat jelöli meg:

- Az egészségi állapot javítására törekedni kell a teljes élettartamon át és erre az embereket alkalmassá kell tenni.
- Törekedni kell a fő egészségproblémák leküzdésére, úgy a nem fertőző, mint a fertőző betegségek megelőzésére.
- Meg kell erősíteni a közösségi orientációjú egészségügyi ellátórendszereket, a népegészségügyi szolgáltatásokat, a vészhelyzetekre való felkészültséget, az egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők monitoring rendszerét, és a válaszkészséget fejleszteni kell.
- A problémák megfelelő kezelésére kész közösségek és támogató környezet létrehozása szükséges.

Az európai stratégia megvalósulását nagymértékben segíti az a legmagasabb szintű nemzetközi kötelezettségvállalás a fenntartható fejlődés érdekében, amely az *ENSZ Agenda 2030* keretrendszerben került megfogalmazásra, és 2015-ben az ENSZ 193 tagállama által egyhangú elfogadásra. A dokumentum a 17 fenntartható fejlődési cél között (3. célként) egyértelműen nevesíti az egészséget és jóllétet, biztosítva az egészséges életet és előmozdítva a jóllétet mindenki számára minden korosztályban. Túlzás nélkül állítható, hogy a másik 16 célkitűzés megvalósítása is egyöntetűen az egészségi állapot javításának irányába hat. Az Agenda 2030 célkitűzéseinek megvalósítása ügyében az Európai Bizottság és a WHO is elkötelezett, az ENSZ tagállamok – köztük Magyarország – kormánya is a fenntartható fejlődési célok elérésére törekszik, habár a COVID pandémia kapcsán egyre erőteljesebbé és általánosabbá vált a vélekedés, hogy nem lesz olyan ország, melyben a célok maradéktalanul megvalósulnának. Az indikátorok mentén a megvalósulás mértékének monitorozása szinte minden országban napirenden van. Az egészséggel kapcsolatos célkitűzések teljesülésének összehasonlító monitoringjához a Global Burden of Disease (GBD) adatbázis Health-related SDGs funkciója támpontot szolgáltat (utolsó elemzés 2019-es adatok alapján elérhető). Hazánk esetében a cél teljesülésében nagyon jelentős elmaradás van a szív-érrendszeri betegségek, a daganatok, a cukorbetegség és a krónikus légzőszervi betegségek okozta halálozás korra standardizált arányszámának tekintetében a 30-69 éves korcsoportban (a célérték teljesülésének mértéke lényegesen 50% alatt van). A területi (társadalmi-gazdasági helyzettel összefüggésben) egyenlőtlenség mértékét tekintve a helyzet szintén kritikus mértékben marad el a célállapottól.

A fenntartható fejlődési célok mögött az Egészség 2020 egyenlőtlenségek csökkentését célzó alapkoncepciója „ne hagyjunk senkit lemaradni” elvként fogalmazódik meg. Az ENSZ fenntartható fejlődési céljainak és az Egészség 2020 alapvető célkitűzéseinek szinergizmusa egy Nemzeti Népegészségügyi Program megvalósításához is egyedülálló feltételrendszert teremt.

## **A népegészségügyi tevékenység közelmúltja és jelene hazánkban**

A lakosság egészségi állapotának javítása terén sikeres, kedvező népegészségügyi mutatókkal rendelkező országok egészségpolitikai gyakorlatában egységesen érvényesül, hogy egészségfejlesztési, népegészségügyi tevékenységüket stratégiák mentén, konkrét népegészségügyi programok akciósításával valósítják meg, tekintettel a népegészségügyi ciklus működésének sajátosságaira. Hatékony, eredményes népegészségügyi tevékenység akkor és csak akkor valósulhat meg, ha a lakosság egészségi állapotának jellemzésével és az egészségi állapot változásának monitorozásával a problémák rendre azonosításra kerülnek. A problémák súlyának, az ún. egészségterheknek a jellemzésére és rangsorolására nemcsak azért kell, hogy sor kerüljön, mert a népegészségügyi beavatkozásokra fordítható költségvetési keret még a leggazdagabb országokban is mindig korlátozott, és így az egészségnyereség maximalizálásához ez nélkülözhetetlen, hanem azért is, hogy a bizonyítottan hatásos és költséghatékony népegészségügyi intervenciók is azonosításra és alkalmazásra kerüljenek.

Bár az elmúlt három-négy évtizedben számos kezdeményezés történt népegészségügyi program alkotásra, ezek nem vezettek átütő erejű változásokhoz. Már 1987-ben [1063/1987. (XII. 10.)] **minisztertanácsi határozat** született **az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjáról**, amely az Egészségügyi Világszervezet Ottawai Kartájának alapértékeit jelenítette meg kormányzati program szintjén elsősorban a nem fertőző betegségek társadalmi összefogásban magvalósuló visszaszorítására fókuszálva. A határozat születését követő időszak ismert hazai politikai történései az elkészült feladatterv megvalósítására már esélyt sem adtak. A rendszerváltás időszakában életre hívott Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat törvényben rögzített feladatai között megjelent az egészségfejlesztés és a népbetegségek megelőzése, és 1994-ben elfogadásra került az 1030/1994. (IV. 29.) **Korm. határozat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről** is, de a programban nevesített nemzeti célok és feladatok megvalósítása a gazdaságilag egyre inkább destabilizálódó Magyarországon el sem kezdődhetett. Az ezredfordulót követően az 1066/2001. (VII. 10.) **Korm. határozat a „2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről”** egy új népegészségügyi program indítását jelentette, melynek látható és fennmaradt eredménye az emlőszűrési program elindítása, illetve az ehhez szükséges szűrőhálózat kiépítése. A 2002. évi kormányváltást ez a program alapvetően túlélte, hisz bár a 46/2003. (IV. 16.) **OGY határozat „az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról”** cselekvési programjában hangsúlyeltolódásokat hajtott végre, a két program között a folytatólagossági kapcsolat egyértelműen

megmaradt. A Program a népegészségügyi programok sajátosan magyar útját járva innovatív és sikeres kezdeményezéseket követően kormányzati támogatás és finanszírozás nélkül maradt. Bár a Program 2013 áprilisáig jogilag érvényben volt, a **Semmelweis Terv** 2011-ben új, „paradigmaváltó” programot ígért, melynek keretében ütemezte a népegészségügyi intézményrendszer megújítását, a fenntartható finanszírozás megteremtését, és az egészségügyi ellátórendszeren túl is források mozgósítását. Ugyan a Tervnek megfelelően 2013-tól új népegészségügyi program nem készült, de megszületett az **„Egészséges Magyarország 2014–2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia”**, melyet az 1039/2015. (II. 10.) **kormányhatározat** hagyott jóvá. Ez a stratégiai dokumentum ismételten kilátásba helyezte „új Népegészségügyi Program megalkotását”, „mely a népegészségügyi stratégiai célok és az eléréséhez szükséges cselekvések és erőforrások kereteit fogja megadni”, s – ugyan ennek megalkotása nélkül, de a töretlen szándék demonstrálására – elindításra került a Nemzeti Népegészségügyi Központ, mint konzorciumi vezető irányításával a Széchenyi 2020 program keretében, 11,43 milliárd forint európai uniós, vissza nem térítendő támogatás segítségével az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című EFOP-1.8.0.- VEKOP-17-2017-00001 azonosítójú kiemelt projekt. Ennek deklarált célkitűzése volt „a lakosság és a jövő generáció egészségi állapotának javítása....az egészségügyi rendszer négy jelentős szakterületének – alapellátás, népegészségügy, betegbiztonság és környezet-egészségügy – átfogó módszertani fejlesztésével.

A projekt megvalósítása során ugyan számos szakmai módszertani fejlesztési terv elkészült, s esetenként pilot szintjén meg is valósult, de a COVID pandémia diktálta keretátcsoportosítások miatt a rendszerszintű megvalósítás elmaradt. Az EMMI „Egészséges Magyarország 2021-2027” Egészségügyi Ágazati Stratégiájában az egészségügyi ellátásszervezési programok (Nemzeti Rákellenes Program, Nemzeti Keringési Program, Nemzeti Mozgásszervi Program, Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, Nemzeti Gyermek-egészségügyi Program) mellett „5.2.1. Népegészségügy” fejezetegység is megjelenik, mely átfogó ágazati célként határozza meg „minél hosszabb és minél egészségesebb élet” biztosítását „az egész magyar lakosság számára függetlenül attól, hogy ki, hol és milyen társadalmi-gazdasági körülmények között él”.

A Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2033 stratégia ezen átfogó ágazati cél megvalósulását kívánja szakmai szempontból releváns, professzionális megközelítésben támogatni.

# EGÉSZSÉG EGY ÉLETEN ÁT





### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megállapítása szerint a gyermekek egészséges fejlődésének támogatása a ma befektetése a holnap társadalmába, a jövő társadalmi és gazdasági fejlődésének záloga. A gyermekek jó egészségi állapotának biztosítása a fogamzástól a serdülőkorig terjedő szakmai és társadalmi feladat.

A gyermekvállalás területén mérsékelten kedvező tendenciák érvényesültek az utóbbi időben. Az **élveszületések száma** Magyarországon az utóbbi tíz esztendőben három év kivételével 90000 fölött volt; 2022-ben az élveszületések arányszáma (ezer főre jutó élveszületések száma: 9,7‰) meghaladta az EU27 átlagát (9,1‰), mellyel a 12. helyet foglaltuk el az EU tagországok között. A teljes termékenységi arányszám (TTA: egy nő élete során hány gyermeknek adna életet a kor szerinti szülési gyakoriságok változatlansága mellett) vonatkozásában emelkedő tendencia figyelhető meg, a 2011. évi mélypont (1,31) után a TTA emelkedő tendenciát mutatott, s 2021-ben elérte az 1,59-es értéket, de jelentős területi különbségek vannak a magasabb (Észak-Magyarország; Észak-Alföld) és az alacsonyabb (Közép-Magyarország) értékkel jellemezhető régiók között. A szülőképes korú nők számának csökkenése azonban várhatóan veszélyezteti a további születésszám növekedést. A KSH becslése szerint 2025-ig a termékenységnek mintegy 10%-kal (TTA: 1,63), 2033-ig pedig 24%-kal (TTA: 1,84) kellene emelkednie ahhoz, hogy a jelenlegi nem túl magas születésszám fennmaradjon, és hogy ellensúlyozni tudja a szülőképes korú nők létszámcsökkenését. A nők átlagos életkora az első gyermek születésekor továbbra is emelkedő tendenciát mutat (2020-ban 28,9 év), mely különösen a magasabb iskolai végzettségűek csoportjában figyelhető meg. Ez a tendencia a befejezett termékenység jelenségét, a gyermektelenek és az egy gyermekesek arányának növekedését fogja eredményezni.

Jelentősen csökkent az 1000 élveszületésre jutó művi terhességmegszakítások száma (2021-ben 245, szemben a 2014-es 400-as értékkel), mely érték már közelít az EU átlaghoz. A gyermekvállalás befolyásoló tényezője a kisgyermeket nevelő nők foglalkoztatási rátája, mely nemzetközi összevetésben hazánkban alacsony. A 25–49-éves nők körében a 6 évnél fiatalabb gyermeket nevelő anyák foglalkoztatási rátája 2019-ben 42,8% volt, ami elmarad az EU28 63,4%-os átlagától.

Az alacsony gyermekszületési adatok mellett további problémát jelent a **veszélyeztetett terhességek és a koraszülések** magas aránya. A koraszülések aránya az utóbbi években is változatlanul magas (9% körüli érték körül mozog), az alacsony testtömeeggel (<2500 g) született újszülöttek aránya 2010-től ugyan enyhén csökkent (2021-ben 7,4% volt), de így is az egyik legmagasabb az EU tagállamai között. A koraszülések aránya különösen a hátrányos helyzetű lakosságcsoporthoz képest kedvezőtlen.

A **csecsemőhalandóság** az utóbbi években jelentősen javult, és 2021-ben 3,4‰-el elérte az EU átlagát. Az országon belül azonban jelentős területi egyenlőtlenség figyelhető meg, mely elsősorban a magasabb koraszülési aránnyal mutat összefüggést.

A **0–5 éves korú gyermekek** halandósági mutatói jelentősen javultak hazánkban, azonban az 5 éven aluliak 1000 élveszületésre jutó halálozása (4,1) meghaladja az EU15-országok átlagát (3,4). Az utóbbi időben már ebben a korcsoportban is növekszik a halálozás, az elhanyagolás és a gyilkosságok száma. Az 1–4 éves gyermekek halálozásának közel egyharmada balesetek és gyermekbántalmazás következménye. A KSH adatai szerint 2019-ben minden 10. gyerek veszélyeztetett volt. A család- és gyermekjóléti szolgálatok összesen 174413 veszélyeztetett gyereket tartottak számon. Ez az előző éves adathoz képest 1000-rel több, pedig a 18 éven aluliak száma közel 100 ezerrel csökkent. Bár a veszélyeztetettség mögött különböző okok állhatnak, az esetek több mint felében (58,9%) valamilyen erőszak vagy elhanyagolás volt a fő ok.

A KSH gyermekvédelmi adatai szerint 2019-ben 3849 gyerek volt veszélyeztetett családon belüli fizikai bántalmazás miatt, ugyanakkor a 2019-es év bűnügyi statisztikájából kiderül, hogy csak 1163 esetben indult eljárás gyerekekkel szemben elkövetett testi sértés miatt. A szexuális bántalmazásra vonatkozó adatok is hasonló arányról számolnak be: a család- és gyermekjóléti szolgálatok 735 fő szexuálisan bántalmazott gyerekről tudtak, míg eljárás csak 417 esetben indult. 2020-ban 22934 gyerek és fiatal felnőtt élt gyermekvédelmi szakellátásban, akik közül 16753-an nevelőszülői ellátásban részesültek, és minden 4. gyerek (28%) gyermekotthonban élt. A törvényi kötelezettségnek, miszerint 2016. december 31-ig minden családjából kiemelt 12 éven aluli gyereket nevelőszülőnél kellett volna elhelyezni, 2020 év végéig sem tudott Magyarország eleget tenni: még a 0–2 éves kor közötti szakellátásban élő 2590 gyerek közül is 316-an gyermekotthonban éltek.

Míg a túlsúlyos gyermekek (0 és 5 év között) száma világszerte 1990-ben 32 millió volt, 2016-ban már 41 millióra nőtt. Amennyiben a jelenlegi trenden nem változtatunk, 2025-re a túlsúlyos és elhízott gyermekek száma világszerte megközelíti majd a 70 milliót. Magyarországon körülbelül 460000 (22,5%) gyermeket érint a probléma, akik közül mintegy 43000 fő (2,1%) súlyosan elhízott. A gyermekkori túlsúly és elhízás aláássa a fizikai, szociális és pszichológiai jóllétet és ismert kockázati tényezője a felnőttkori elhízásnak, valamint számos krónikus, nem fertőző megbetegedésnek. A 2012-2015 között futott „Koragyermekkori (0-7 éves) kiemelt projekt” (TÁMOP 6.1.4) keretében a kora gyermekkori intervenciós rendszer kiépülése elkezdődött és számos értékesíthető módszertani javaslat született.

A gyermekeket érintő, életkorhoz kötött kötelező védőoltási rendszer átgondoltan kialakított, igen jól működik, az átoltottság eléri a 99%-ot. Ennek köszönhető, hogy a védőoltással megelőzhető fertőző betegségek nem, vagy csak igen alacsony számban fordulnak elő a gyermekek körében.

## **Fő célkitűzés**

Az esélyegyenlőség biztosításával a demográfiai helyzet javítása, a gyermekek jóllétének integrált megközelítésével a kora gyermekkori fejlődés jobb és igazságosabb támogatása.

## **Konkrét célkitűzések**

- A komplex társadalmi támogatási programot tovább kell működtetni a gyermekvállalási hajlandóság növelése érdekében; el kell érni, hogy az általános termékenységi arányszám tovább növekedjen, ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy a népességfogyás megállításához önmagában ez nem elegendő.
- Javítani kell a védőnői ellátáson belül a nővédelmi és várandósgondozási tevékenység minőségét, el kell érni, hogy a várandós-tanácsadáson való átlagos megjelenések száma legalább hat legyen azon várandósok esetében is, akiknél valamilyen hátráltató egészségi és/vagy szociális ok áll fenn.
- A koraszülési arányszámot 8% alá kell csökkenteni.
- Integrált társadalmi program bevezetésével javítani kell a gyermekbántalmazások és elhanyagolások felderítését, és komplex kezelésükkel csökkenteni kell a hátrányos következmények számát.
- A gyermekkori túlsúly/elhízás kedvezőtlen trendjét előnyösen kell befolyásolni.
- Növelni szükséges a kora gyermekkori fejlődési eltérések felderítésének arányát, a korai fejlesztésben részt vevők számát a meglévő területi egyenlőtlenségek csökkentésével.

## **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A népesedéspolitikai intézkedések hatásait értékelni, szükség esetén a támogatási formákat módosítani, esetleg bővíteni kell. Kiemelt jelentőségű a támogatások újragondolása fókuszálva a második gyermek születésének támogatására.
- Foglalkoztatáspolitikai támogatások bevezetésével javítani kell a 0-6 éves gyermeket nevelő anyák részmunkaidős foglalkoztatását.
- A várandósok esetében a magzat fejlődését károsan befolyásoló egészségmagatartási szokásaik megváltoztatására irányuló programokkal el kell érni a koraszülések arányának csökkenését.
- A kora gyermekkori (0–7 éves) fejlődési eltérések felderítésének arányát és a korai fejlesztésben részesülők számát növelni kell.
- Szükséges a gyermekkori fejlődés komplex támogatása, az egészséges életkezdet és a sikeres iskolakezdés támogatása, a gyermekek fejlődésének nyomon követése, a fejlődés kockázati

tényezőinek feltárása, valamint az eltérő fejlődést mutató gyermekek azonosítása és a megfelelő fejlesztési ellátásba irányítása

- A teljes körű óvodai egészségfejlesztési program keretében az alábbi területeken szükséges a tudományosan igazolt, hatékony programok bevezetése: egészséges táplálkozás; mindennapi mozgás, testmozgás; testi és lelki egészség fejlesztése, magatartási problémák kezelése; bántalmazás megelőzése; baleset-megelőzés és elsősegélynyújtás; személyi és környezeti higiéné, pszichológiai tanácsadás.
- Javítani kell a fejlődési eltérések észlelésében részt vevő szolgálatok együttműködését. Bővíteni kell a „Biztos Kezdet” hálózatot és annak szolgáltatásait igénybevevők számát.
- A gyermekbántalmazás és elhanyagolás felderítési arányát a jelzőszolgálatok hatékonyabb együttműködésével fokozni szükséges, mely megalapozza egy hatékony intervenciós társadalmi program kidolgozását és bevezetését.
- Mozgó Szakorvosi Szolgálat újrászervezése és/vagy gyermekkori mobil szűrővizsgálatok és prevenciós szolgáltatások humánerőforrás háttérének megszervezése.
- A kollegiális védőnői mentorok szakmai irányításával javítani kell a védőnői népegészségügyi feladatok végzésének színvonalát és hatékonyságát.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Teljes termékenységi arányszám alakulása.
- Koraszülési arányszám alakulása.
- Kora gyermekkori fejlődési eltérések aránya.
- Korai fejlesztésben résztvevők száma.
- A felderített gyermekbántalmazási, gyermekelhanyagolási esetek száma.
- Óvodai egészségfejlesztési programok folyamat és kimeneti monitoringja.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium (kiemelten Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság)
- Pénzügyminisztérium
- Kulturális és Innovációs Minisztérium Családokért Felelős Államtitkárság
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Megyei Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai
- Alapellátó Orvosok Országos Szövetsége

- Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége
- Magyar Védőnők Egyesülete
- Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége
- Egészségügyi Szakmai Kollégium
- Gyermekvédelmi alapellátás intézményrendszere
- Gyermekvédelmi szakellátás intézményrendszere
- Országos Gyermekvédelmi Szakszolgálat
- Család, Gyermek, Ifjúság Közhasznú Egyesület
- Gyermekjogi Civil Koalíció tagszervezetei
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A gyermekek és fiatalok egészségi állapotára vonatkozó adatokat a jogszabályban előírt iskola-egészségügyi vizsgálatok szolgáltatják, melyek eredményéről az éves iskola-egészségügyi jelentések adnak tájékoztatást. A 2021/22-es tanévről 2023 januárjában készített jelentés szerint az iskola-egészségügyi szolgálatok által a leggyakrabban azonosított problémák a mozgásszervi eltérések és a fénytörési hibák voltak. A 2. és a 12. évfolyam adatait összevetve kimutatható, hogy a 12. évfolyam tanulói körében a magasvérnyomás gyakorisága a fiúknál tízszer, a lányoknál négyszer magasabb, mint a 2. osztályos tanulók körében (fiúknál 0,4%-ról 4%-ra, lányoknál 0,3%-ról 1,4%-ra nőtt); az elhízás aránya a fiúknál másodikban 13%, majd negyediktől kezdve végig 15-16%, míg lányoknál végig 13%. A cukorbetegség előfordulása szintén a korrallal nőtt, a 12. évfolyamon 4,4%, míg az asztma gyakorisága körükben 2%. A 2021/22-es iskolaegészségügyi adatok jelzik az elhízás arányának növekedését is a 2015/16-os adatokhoz képest (akkor ez 10-12% volt), sőt az is kimutatható, hogy a fiúk körében a növekedés mértéke jelentősebb.

A 10-18 éves tanulók fittségéről 2014. óta a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT) segítségével végzett évenkénti felmérés (melynek elvégzése a testnevelők részére jogszabályi előírás) szolgáltat adatokat. A 2014/15. és a 2018/19. tanév közötti időszakban mért eredmények – egy 2021-ben közzétett elemzés szerint – azt mutatják, hogy 2015. és 2019. között a 10-18 éves tanulók körében a túlsúly és elhízás gyakorisága 20%-ról 28%-ra emelkedett. A vizsgált időtartam alatt az aerob fittség jellemzésére alkalmas állóképességi ingafutásban az életkorral a fiúknál kétszeresre, a lányoknál 2,5-szeresre nőtt azok aránya, akik a „fokozott fejlesztés szükséges” kategóriába kerültek. A COVID-19 számos európai országban a tanulók körében a testmozgás csökkenését és a kevésbé intenzív sport tevékenységek végzését vonta maga után. Hazánkban ebben az időszakban a tanulók 14%-ának egyáltalán nem volt testnevelés órája, heti 5 testnevelés órája pedig a tanulók csupán 30%-ának volt, s 66%-uk nem vett részt sportszervezeti foglalkozásokon.

A gyermekek, fiatalok egészségműveltségének mérésére a köznevelésben rendszer-szinten semmilyen eszközzel nem kerül sor, s a tanulók egészségmagatartására vonatkozó rendszeres mérés is hiányzik. Ez utóbbira vonatkozó időszakos adatok az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) és az „European School Survey on Alcohol and other Drugs” (ESPAD) kutatásokból származnak. Jelentős aggodalomra ad okot, hogy Magyarországon a tizenévesek dohányzás, e-cigaretta- és alkoholfogyasztás prevalencia értékei magasan az európai átlag felett vannak. Továbbá, a Digital Parenting kutatások (2017, 2020) rámutatnak, hogy a különböző szerfüggőségeken túl jelentős népegészségügyi kihívást jelent az egyre fiatalabb korban jelentkező, egyre több gyermeket és fiatalot érintő problémás internet-, okostelefon- és közösségi médiahasználat, a digitális játékfüggőség, valamint az internetes kihívásokból származó

sérülések megelőzése is. Ezen túlmenően a gyermekek lelki állapotának romló tendenciája, a szignifikánsan megnövekedett gyermekpszichiátriai betegségek és az elmúlt 20 évben a súlyos tanulási zavarokkal küzdő gyermekek meredeken emelkedő száma szintén súlyos probléma. A legutóbbi két HBSC kutatás eredményeinek összevetése alapján egyértelműen romlott a 11-17 évesek körében az önértékelt egészségi állapot, a 2018-as felmérés adatai szerint négyből egy diák nem tartja jónak az egészségi állapotát, különböző testi-lelki tüneteket (fáradtság, ingerlékenység, rosszkedv, idegesség) panaszkodnak, különösen a lányok. Tíz diákból három számolt be különböző hangulati (köztük depressziós) problémákról. Az egészséget veszélyeztető magatartási formák vonatkozásában a legutóbbi HBSC felmérés eredményei közül kiemelendő, hogy minden nyolcadik kamasz legalább hetente egyszer rágyújt, tízből négyen fogyasztottak alkoholt a kérdezést megelőző egy hónapban, és a középiskolások közül minden negyedik kipróbált már valamilyen drogot, s az 5-11. évfolyamon tanulók több mint harmada volt már részeg életében. A középiskolás diákoknak átlagosan 43%-a aktív szexuálisan (nemzetközi összehasonlításban ez az arány kiemelkedően magas), s ötödük semmilyen módon nem védekezett a legutóbbi szexuális együttlét alkalmával.

Népegészségügyi szempontból a minél korábbi életkorban kezdődő és folyamatosan fenntartott fejlesztő beavatkozások hozzák a legnagyobb egészségnyereséget. Az óvodába járás kötelezővé tétele 3 éves kortól jelentős intézkedés a gyermekek esélyegyenlőségének, így egészségfejlesztésének javítása szempontjából is. A köznevelés intézményei (óvodák, iskolák, kollégiumok) részére a köznevelési intézmények működéséről és névhasználatáról szóló 20/2012 EMMI rendelet 128-131. paragrafusai előírják a teljes körű intézményi egészségfejlesztést (TIE) az intézmények mindennapi életébe illesztve. A jogszabály néhány helyen pontosításra került 2020-ban és 2021-ben: a jogszabály most egyértelműen megfogalmazza a pedagógusok négy egészségfejlesztési alaptevékenységét, valamint, hogy az egészség-ismeretek készséggé váló átadásához az iskolaorvos hívhat külső egészségügyi szakembert. Az egészséget támogató intézményi környezet kialakítását több jogszabály is támogatja (népegészségügyi termékadó, nemdohányzók védelméről szóló törvény szigorítása, közétkeztetési rendelet, az élelmiszerek ipari transzsírsav tartalmának csökkentése).

A TIE megvalósításához több nagy projekt keretében az iskolák jelentős segítséget kaptak 2013. óta, azonban az óvodák és kollégiumok eddig nem részesültek hasonló támogatásban. A mindennapos testnevelést – melynek kötelezővé tétele Európában egyedülálló – támogató sportágazati projektek hosszú távú és gyakorlati segítséget nyújtottak a testnevelők módszertani fejlődését szolgálva, emellett jelentős tornaterem- és tanuszoda-építés is megvalósult. A 2014-2020 között megvalósult több nagy népegészségügyi projekt az iskolák részére számtalan oktatást segítő gyakorlati, módszertani és elméleti segítséget nyújtott, többek között modellprogramok, tanórávázlatok, tanulói eszközök biztosítása által. A köznevelés több projektben támogatta a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek tényleges alkalmazását is. A lemorzsolódás csökkentését, megelőzését célzó Komplex Alapprogram projektben például 1500 feladatellátási helyen (iskolában) alkalmazták a különböző, lelki egészséget

segítő pedagógiai módszereket, melyek eredményeképpen a tanulók társas kapcsolati készségei és tanulási eredményessége javult, a pedagógusok a magatartási/tanulási nehézségekkel küzdő tanulók nevelésében fejlődtek. Egyelőre a projekteken túl és kívül a pedagógusok a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek bevezetéséhez ösztönzést és támogatást nem kapnak. Tovább nehezíti a TIE hatékony megvalósulását a pedagógusok idősödő korfája, fluktuációja, valamint a stressz és kiégés magas aránya körükben.

Érték, hogy a köznevelés-irányítás minden szintje évek óta folyamatosan nyitott a TIE-t segítő ágazatközi együttműködésre, ezen belül a tanító- és óvodapedagógusképzés kimeneti és képzési követelményeibe 2016-ban, a tanárképzés hasonló követelményeibe pedig 2021-ben került be a teljeskörű intézményi egészségfejlesztésre (TIE) történő felkészítés.

Az egészségügyi és köznevelési államtitkárság közös akciójaként 2020. februárjában megtörtént a TIE országos nyomkövetése a TIE négy egészségfejlesztési alaptevékenységére összpontosító, rövid és gyakorlatias kérdőív online alkalmazásával. Ennek eredménye rámutat, hogy az intézményi egészségfejlesztés hatékonyságának növeléséhez segítségnyújtás szükséges a pedagógusoknak. Ehhez a neveléstudományi szakemberek közreműködése mellett a pedagógusok TIE-tevékenységeit segítő népegészségügyi intézményrendszer működése is szükséges. Az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságának növelésében jelentős előrelépést hozhatna az egészségfejlesztésre fordítható órák számának növelése, valamint az egészségfejlesztésben képzett pedagógusok alkalmazásának előírása.

Az „Egészséges Magyarország 2021-2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia (továbbiakban: Stratégia) alapoz a 1722/2018. (XII.18.) kormányhatározattal elfogadott nemzeti egészségügyi programokra, melyek közül kettőben, a Nemzeti Mozgásszervi Programban és a Nemzeti Gyermekegészségügyi Programban is szerepel a TIE ill. a mindennapos testnevelés további fejlesztése.

Az egyetemi ifjúság jobb egészségét szolgálja az egészségfejlesztő egyetemek létrejöttét segítő kezdeményezés, ami azonban további terjesztést és támogatást igényel.

## **Fő célkitűzés**

A gyermekek és fiatalok teljeskörű készség, képesség alapú egészségfejlesztése, az eddigi egészségfejlesztési tevékenységek hatékonyságának fokozása a családokban, a köznevelési és felsőoktatási intézményekben és a lakóközösségekben egyaránt.

## **Konkrét célkitűzések**

A gyermekek és fiatalok körében:

- az egészséggel kapcsolatos ismeretek, tudás fejlesztése;



- az egészséget támogató viselkedés alapját képező személyes normák és hozzáállás kialakítása;
- az egészséges életmódra értékékként tekintő csoportnormák kialakítása;
- az egészséget megőrző, javító magatartásformák elfogadásához, gyakorlásához és fenntartásához szükséges alapvető készségek kialakítása és fejlesztése

a teljes óvoda/iskola/kollégium, a család és a lakóközösség bevonásával.

## **Javasolt intervenciók – Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

### ***TIE megvalósításának javítása:***

- A minél eredményesebb TIE érdekében az óvodák, iskolák és kollégiumok szakmai segítése a népegészségügyi intézményrendszer által.
- Az egészséges táplálkozást támogató óvodai és iskolai környezet feltételeinek fejlesztése.
- Az iskolai büfék árukínálata és a közétkeztetés javítása a helyi termelés – helyi fogyasztás összekapcsolásának támogatásával, a főzőkonyhák szakmai segítségével, korszerű főzőeszközök biztosításával, a tanulók, pedagógusok és szülők, ill. általában a lakosság megnyerésével, iskolakertek művelésével. Mindebben kapjon szerepet az alapellátásban dolgozó dietetikusok segítő munkája.
- A mindennapos testnevelés szakmai minőségének és infrastrukturális feltételeinek további javítása.
- A testnevelők szakmai segítése, hogy a mindennapos testnevelésben hatékonyan végezzék a speciális tartásjavító gyakorlatokat. Ebben kapjon szerepet az alapellátási gyógytornász segítő munkája.
- Az örömteli fizikai aktivitás népszerűsítése országos és helyi sport szervezetek bevonásával.
- A pedagógusok kapjanak ösztönzést arra, hogy tanóráikon a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszereket alkalmazzák.
- A mindennapi pedagógiai munka részét képezze a tanulók lelki egészségének támogatása és az egészséget megőrző, javító magatartásformák elfogadásához, gyakorlásához és fenntartásához szükséges alapvető készségek kialakítása és fejlesztése.
- Lelki egészséget támogató óvodai/iskolai/kollégiumi környezet kialakítása, fejlesztése.
- A pedagógusok kapjanak gyakorlati és módszertani segítséget az egészségfejlesztés témáinak keresttantervi tartalomként való kezeléséhez a holisztikus egészségszemlélet megjelenítése érdekében.
- A pedagógusok kapjanak gyakorlati és módszertani segítséget az egészséget megőrző, javító magatartásformák elfogadásához, gyakorlásához és fenntartásához szükséges alapvető tanulói készségek kialakításához és fejlesztéséhez.

- A gyermekek, fiatalok és az oktatási-nevelési intézményekben dolgozók egészségműveltségének fejlesztése.
- A tanulók egészségműveltségének mérésére alkalmas, nemzetközi szintű összehasonlítást biztosító mérőeszköz adaptálása.
- Egészséges digitális eszközhasználat fejlesztése.

### ***Pedagógusok és pedagógus-képzők felkészítése:***

- Az oktatási-nevelési intézményekben dolgozók hivatás-személyiségének gondozása, lelki egészségének, egészségmagatartásának és társas kapcsolati készségeinek támogatása és fejlesztése.
- A pedagógusképzésben a hallgatók felkészítése a holisztikus egészségszemléletre alapozott testi és lelki egészség és az ezzel kapcsolatos komplex nevelési feladatok iránt; felkészítés a TIE feladataira; a pedagógusok felvértezése egészségfejlesztési ismeretekkel és készségekkel.
- A tanító- és óvóképzésben, valamint a tanárképzésben oktatók részére, az újabb generációk tanulási szükségleteire reflektáló, a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés oktatásához szükséges módszertani anyagok elkészítése, és a képzők képzésének megvalósítása.
- Olyan pedagógus szakemberek képzése és alkalmazása, akik az iskolai egészségfejlesztés minden területén (tanórai, tanórán kívüli és iskolán kívüli keretek közt) és minden célcsoportjára irányulóan (gyerekek, fiatalok, pedagógusok, nem oktató személyzet, szülők) képesek és alkalmasak szerepet vállalni (egészségfejlesztés tanár; szakvizsgázott pedagógus egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakterületen).

### ***Egyéb intézkedések:***

- Az ergonomikus és a balesetek megelőzését szolgáló biztonságos óvodai és iskolai környezet kialakítása, továbbfejlesztése.
- Az iskola-egészségügyi szolgálat kompetencia- és kapacitás fejlesztése annak érdekében, hogy aktívan részt tudjon venni az iskolai egészségfejlesztési programok tervezésében és implementációjában és segítse a pedagógusok egészségfejlesztési tevékenységeit.
- A gyermek alap- és szakellátások hozzáféréseinek fejlesztése a Nemzeti Gyermkegészségügyi Programban részletezettek szerint.
- Az önkormányzatok, a lakóközösségek, az Egészségfejlesztési Irodák, a praxisközösségek együttműködése és aktív szerepvállalása a családok egészségének fejlesztésében, a köznevelési intézmények egészségfejlesztési tevékenységeinek segítségével, valamint az egészséget támogató környezet kialakításában.

- Az egészségügyi és köznevelési ágazat közt kialakult együttműködés továbbfejlesztése és rendszeres érvényesítése/gyakorlása.
- Az egészségügyi és család- és ifjúságügyi ágazat közt a szükséges együttműködés továbbfejlesztése.
- Az egészségfejlesztő egyetemek mozgalom további szélesítése, támogatása.
- A köznevelésből kikerült fiatalok egészségfejlesztése az ifjúsági ágazattal együttműködve, ifjúsági terek kialakítása és ifjúsági programok nyújtása, valamint a fiatalokat elérő egészségkommunikáció révén.
- A lakosság egészségműveltségének és egészségértésének javítása.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- A tanulók és fiatalok egészségműveltsége alakulásának mérése rendszeres komparatív felmérések keretében.
- A tanulók és fiatalok egészségmagatartásának és egészségi állapotának változása (iskolaegészségügyi jelentés, NETFIT, COSI, HBSC, ESPAD, GYTS, ifjúságkutatás). Kiemelten: dohányzásprevalencia 13 éves korúak és annál idősebbek körében; a 13 évesnél idősebbek fejenkénti éves alkoholfogyasztása; a túlsúly és elhízás prevalenciája a gyermekek és a serdülők körében; digitális függőségek a 13 éves korúak és annál idősebbek körében; balesetek és égési sérülések prevalenciája a 3 éves korúak és annál idősebbek körében; a szülés gyakorisága 1000 serdülőkorú (10–14, ill. 15–19 éves korú) nőre vonatkoztatva; 15–24 évesek körében azok aránya, akik sem oktatásban, sem munkában, sem továbbképzésben nem vesznek részt.
- A köznevelésből kikerült fiatalok egészségműveltségének és egészségmagatartásának változása (ifjúságkutatás).
- Végzett, és a végzettségének megfelelően foglalkoztatott egészségfejlesztő pedagógusok száma.
- Azon pedagógusképző szakok/karok száma, ahol az egészségfejlesztés oktatását a kurrikulum kötelező elemeként végzik.
- Egészségfejlesztő egyetemek száma.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság és Köznevelési Államtitkárság
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai

- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Kulturális és Innovációs Minisztérium Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság, Családokért Felelős Államtitkárság, Fiatalokért Felelős helyettes államtitkárság
- Honvédelmi Minisztérium Sportért Felelős Államtitkárság
- Agrárminisztérium
- Magyar Tudományos Akadémia
- Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Egészségügyi Szakmai Kollégium megfelelő tagozatai
- Nemzeti Pedagógus Kar
- Orvostudományi, egészségtudományi, népegészségügyi és sporttudományi karok, intézetek
- Pedagógusképzést (is) folytató felsőoktatási intézmények
- Országos Köznevelési Tanács és állandó bizottságai
- Köznevelési intézmények
- Releváns országos intézetek és szakmai társaságok
- Alapellátás
- Egészségfejlesztési irodák
- Edzők szakmai szervezetei
- Testnevelők szakmai szervezetei
- Civil szervezetek
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az Európai Unió (EU) és Magyarország népessége rohamosan öregszik. Magyarországon 2022-ben a népesség 20,3%-a volt 65 éves vagy idősebb és ez az arány az előrejelzések szerint 2050-re elérheti a 30%-ot. A magyar népesség jellemzően 'sikertelenül' öregszik, melyet tükröz az egészségben eltöltött életevek (még a várható élettartamhoz képest is) alacsony volta.

A csökkent reziliencia, a hiányos egészséggel kapcsolatos és szociális ismeretek, az egészségtelen életmód hatására felgyorsult biológiai öregedés az idült betegségek korai és gyakori előfordulásához vezet. Az öregedéssel kapcsolatos betegségek hazai morbiditási és mortalitási mutatói Európában a legrosszabbak közé tartoznak. A 65 éves korban egészségben várható élettartam közel négy évvel marad el az EU-tagállamok átlagához képest. Magyarországon a 65 éves vagy idősebb korosztály 72%-a túlsúlyos vagy elhízott, 76%-a szenved valamilyen krónikus betegségben; s a várható élettartam alatt a 65 éven felüli férfiak és nők mindössze 22-30%-ának éveit lesznek mentesek tartós/krónikus betegségtől, és csupán 6-7% számíthat „jó” vagy „nagyon jó” egészségi állapotra. Az időskorúak 20-30%-a szenved elesés következtében olyan sérüléseket, amelyek csökkentik a mobilitást és a függetlenséget. A 60 éves és idősebb nők fele, valamint a 70 éves és az attól idősebb nők kétharmada özvegyként, egyedül él. Az ezzel járó elmagányosodást súlyosbítja, hogy ennek a korosztálynak már közel fele küzd olyan mozgás- és érzékszervi károsodással is, ami mindennapi életvitelében korlátozza, és ennek következtében gyakran mások segítségére szorul.

A magyar társadalom sikertelen öregedése az ország egyik legjelentősebb társadalmi és gazdasági kihívása és a társadalmi reziliencia meggyengülésének vezető oka. Az ország időskorú polgárai a 'sikertelen' öregedésük folytán fokozott kockázatúak az idős korrallal kapcsolatos pszichológiai, szociális, gazdasági és orvosbiológiai problémákra, ami a biztonságos társadalom megteremtésének és a gazdasági növekedés fenntarthatóságának súlyos akadálya. A kiemelkedően magas incidenciájú/prevalenciájú öregedéssel kapcsolatos krónikus megbetegedések miatt az idősödő és az idős lakosság gyakrabban veszi igénybe nemcsak az alap- és a járóbeteg-szakellátások szolgáltatásait, de a fekvőbeteg ellátást és a szociális intézményeket is, ami hatalmas terhet ró az egészségügyre, a szociális ellátórendszerre és a nyugdíjrendszerre. A magyar népesség sikertelen öregedése és a következményes társadalmi reziliencia csökkenés jelentős mértékben járult hozzá a COVID-19 pandémia harmadik hulláma során tapasztalt igen kedvezőtlen morbiditási és mortalitási viszonyokhoz is. Elemzések szerint a magyar GDP növekedés hosszú távú fenntarthatóságának egyik fontos feltétele, hogy a 65 éven felüli korosztály munkaerőtartaléka is rendelkezésre álljon az ország gazdasági fejlődéséhez. Mindezek alapján kiemelt jelentősége van annak, hogy Magyarország Kormánya a biztonságos társadalom megteremtése érdekében

kulcskérdésként tekint az idősödő korosztályok rezilienciájának növelésére, gazdasági és társadalmi függőségének csökkentésére, az időskori kórállapotok megelőzésére.

Az Országgyűlés a 81/2009. (X. 2.) OGY határozatával – a WHO „Aktív időskor” programjával összhangban – elfogadta az Idősügyi Nemzeti Stratégiát a 2009–2034-ig terjedő időszakra. Ennek elemeire építve szükség van egy széleskörű stratégiára, ami a 'sikertelenül' öregedő magyar lakosság problémáira átfogó választ ad. A legújabb evidenciák figyelembevételével az időskorú lakosság egészségi állapotának javítását célzó intézkedéseket népegészségügyi szempontból, a betegellátás és gondozás felől a szélesebb preventív-egészségfejlesztő irányba kell módosítani. Ez azt jelenti, hogy megfelelő politikával és jól szervezett szolgáltatásokkal a népesség előregedése nemcsak problémaként tekintendő, de az egészséges öregedés sikeres támogatása új lehetőségeket nyit meg az egyének és a társadalom számára is.

### **Fő célkitűzés**

A Program célja, hogy Magyarországon az Idősügyi Nemzeti Stratégia hosszú távú célkitűzései megvalósulhassanak és összhangba kerüljenek a WHO globális stratégiájával és akciótervével, a Healthy Ageing („Egészséges idősödés”) programmal, mely az egészséges idősödést helyezi a középpontba. Az új irányelv az öregedéssel kapcsolatos betegségek előfordulásának csökkentése mellett a funkcionális képességek megtartására helyezi a hangsúlyt az egészséges idősödés során, mely biztosítja az idős emberek számára, hogy a társadalom hasznos, értéket teremtő tagjaiként azt tegyék és úgy éljenek, amit és ahogy fontosnak tartják. Ennek megvalósulását az időskorúak egészségének, egészségmagatartásának és személyes képességeinek célzott fejlesztése, illetve az őket körülvevő fizikai és társadalmi környezet „idősbarát” alakítása fogja lehetővé tenni.

### **Konkrét célkitűzések**

Az „Egészséges idősödés” program célkitűzéseinek eléréséhez a WHO ajánlásában tíz prioritást határoztak meg, melyekhez illeszkedve és azokra építve jelen Program az alábbi konkrét célkitűzéseket határozza meg:

- A tapasztalatok értékelése és más országokkal való összehasonlíthatósága érdekében szisztematikus adatgyűjtést kell végezni a programok során nemzetközileg elfogadott és egyeztetett módszerek alkalmazásával. Rendszeresen értékelni kell a változásokat és az előrehaladást, egyrészt a hiányos és még fejlesztésre szoruló területek azonosítása érdekében, másrészt, hogy hazánk is kapcsolódni tudjon a WHO által szervezett nemzetközi állapotfelméréshez.

- Ki kell alakítani egy virtuális platformot („Age-Friendly World”), ahol lehetőség nyílik a hazai és a nemzetközi szereplők közötti együttműködésre. Ez a portál lehetőséget biztosít a legjobb gyakorlatok és bizonyítékok megismerésére.
- Erősíteni kell a globális társadalmi együttműködést az „idősbarát” közösségek kialakítása és támogatása érdekében. Mentorprogramok, online kurzusok szervezése a programban részt vevő szakemberek számára. Kis költségvetésű konferenciákon lehetőséget kell biztosítani a tapasztalatok cseréjére és az együttműködő hálózatok kiépítésére.
- Fontos feladat a kapacitások növelése: be kell vonni a programok kialakításába a legmagasabb szintű politikai döntéshozókat is, a civil szervezeteket, és az egészségügy keretein kívülről is további résztvevőket kell az egészséges idősödés elérése érdekében a programba bevonni, kiemelten a foglalkoztatás és az oktatás területéről.
- Támogatni és ösztönözni kell a résztvevőket olyan kutatások végzésére, melyek a WHO által meghatározott irányelvek alapján valósulnak meg, és szakmai bizonyítékokat szolgáltatnak a politikai döntéshozók számára.
- Kutatásokat kell végezni arra vonatkozóan, hogy az idősödő munkavállalók milyen hatást gyakorolnak az ország munkaerőpiacára. Különböző kísérleti programok segítségével fel kell mérni a kapacitásokat, és a helyi szükségletekhez alkalmazkodva oktatási és képzési programokat kell szervezni a kompetenciák fejlesztésére.
- Segíteni kell az időseket abban, hogy saját maguk is képesek legyenek javítani egészségi állapotukat. Az egészségügyi alapellátás tevékenységi körének kiszélesítésével kell biztosítani ehhez az eszközöket, általános egészségi állapotfelmérésekkel és széles körben elérhető egészségfejlesztési programokkal, melyekkel az idősödő emberek mind testi, mind mentális kapacitásaikat képesek karbantartani. Az időseket megcélzó programok közül az egészséges táplálkozást és testmozgást fejlesztő programok és az esés-megelőzési programok kiemelt jelentőséggel bírnak.
- Folytatni kell a gondozási rendszer átalakítását, hogy az pénzügyi és technikai szempontból egyaránt hosszú távon képes legyen hatékonyan működni. Az eredményes és igazságos szolgáltatási rendszer megvalósítása érdekében elengedhetetlen a jogszabályok és finanszírozási mechanizmusok megváltoztatása, valamint az emberi erőforrások fejlesztése.
- Globális kampányt kell szervezni az egészséges öregedés érdekében széles körű tájékoztatással és hatékony kommunikációval a társadalmi változások eléréséhez; útmutatók és bizonyítékok összeállítása a döntéshozóknak, hogy támogatást kapjanak az egészség- és szociálpolitikai változások megalapozásához.
- Meg kell ismerni a népesség öregedésének társadalmi-gazdasági következményeit ahhoz, hogy megalapozott politikai döntéseket lehessen hozni. A nemzetközi tapasztalatok alapján hosszútávra

szóló finanszírozási modelleket kell kialakítani. Olyan beruházásokat kell megvalósítani az egészségügyi gondozói rendszerben, amelyek hosszú távon – az időskorúak funkcionalitásának javítása révén - gazdasági előnyökhöz juttatják a helyi közösségeken keresztül az egész társadalmat.

Összességében tehát az új népegészségügyi programnak egyik konkrét célkitűzése az időskorúak egészségfejlesztésének és közösségi ellátásának megszervezése, az ezt biztosító munkakörök és munkahelyek megteremtése, valamint ezekhez erőforrások biztosítása.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- Egészségfejlesztést és közösségi ellátást támogató kompetenciafejlesztő képzések az alapellátásban dolgozók számára (egészségfejlesztő, mentálhigiéné szakirányú továbbképzések).
- Az egészségügyi és a szociális szférában dolgozók képzési/továbbképzési rendszerében pontszámmal elismert egészségfejlesztési továbbképzések, ezek elvégzésének ösztönzése, elismerése.
- Egészségi állapotfelmérések szervezése az alapellátás keretein belül az idős ellátottak egészségproblémáinak azonosítása és sikeres kezelése érdekében.
- Az egészségi állapotfelmérésekre alapozott, a fizikai állapotnak megfelelő sport-, illetve mozgásprogramok megvalósítása a helyi közösségek szintjén, elsősorban csoportos formában.
- Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI-k) számára átfogó, az idősek egészségfejlesztésének minden részletére kiterjedő program kidolgozása az orvosegyetemek, valamint egészségtudományi képzést is folytató egyetemek szakmai műhelyeinek bevonásával. Cél az idősödő és idős korosztályok egészségfejlesztését szolgáló, gyakorlatban is jól alkalmazható ajánlások kidolgozása az egészségi állapot megőrzésének és javításának lehetőségeiről és a helyi/közösségi egészségnapok, vagy más kis költségvetésű rendezvények szervezéséről és megvalósításáról.
- Független életvitelt támogató családi és egyéb társadalmi kapcsolatok kiépítésének és fenntartásának támogatása.
- Integrált és közösségi alapú szolgáltatások biztosítása, melyek igazodnak a helyi adottságokhoz és sajátosságokhoz, az egyéni és közösségi szintű igényekhez.
- Aktív időskort támogató közösségi kezdeményezések, ahol az idősek találkozhatnak egymással és más korosztályokkal az intra- és intergenerációs kommunikáció és tudástranszfer javítása érdekében, mely lehetőséget teremt az idősek tudásának, tapasztalatainak átadására a felnövekvő generáció számára is.



- Az időskori 'másodvirágzás' (late life flourishing) elősegítése. Oktatóprogramok, tanulási lehetőségek az idősek számára, ahol többek között megismerhetik az internetalapú kommunikáció különféle lehetőségeit és egyéb új kompetenciákra tehetnek szert, új, munkavégzéshez szükséges ismereteket is elsajátítva. Az időskorúak teljes- vagy részidős munkavállalásának segítése, támaszkodva az idősek tapasztalatára, emberekkel való foglalkozással kapcsolatos készségeikre és empátiájukra.
- Otthoni szakápolás és telemedicina (otthoni monitorozás), valamint többlépcsős „asszisztált életviteli” gondozási otthonok (krónikus gondozási osztályok és tranzitgondozók) létrehozásának támogatása annak érdekében, hogy ne az akut egészségügyi ellátásra háruljon a krónikus betegségekben, életviteli nehézségekben és az önellátási szükségletek kielégítetlenségében gyökerező gondozási teher.
- Az időskori gondozást komplex módon, holisztikus szemlélettel megvalósítani képes, kiterjesztett hatáskörű geriátriai ápoló (MSc) képzés meghonosítása.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- 65 éves korban várt átlagos élettartam.
- 65 éves korban várt egészségben eltöltött élettartam.
- Az egészségi állapot szubjektív megítélésének változása.
- A 65+ évesek között egyedül, társas támogatás nélkül élők aránya.
- Az idősek egészségi állapotának javítására fókuszáló képzések, továbbképzések, valamint a képzettséget szerzők és a képzettségüknek megfelelő alkalmazásba kerültek száma.
- Az egészségi állapotfelmérések száma, aránya a potenciális szükséglethez képest.
- Helyi szervezésű és működésű egészségfejlesztést célzó programok, sportnapok, egészségnapok és azokon a résztvevők száma.
- Megszervezett és működtetett, időseket támogató önkéntes csoportok száma.
- Megszervezett és működtetett, képességet és kompetenciákat fejlesztő képzések és azokon a résztvevők száma.
- Időseket foglalkoztató munkahelyek és az időskorú foglalkoztatottak száma.
- Az idősgondozást segítő asszisztált életviteli otthonok és bentlakók száma.
- A tranzitápolást megvalósító egészségügyi intézmények és résztvevők száma.
- Alap- és szakellátások igénybevétele.
- A lakossági alapállapot-szűrésen megjelentek száma, aránya.
- A funkcionális állapot és az egészséghez kapcsolt életminőség (generikus és specifikus kérdőívvel mérve).

- Kor-specifikus mortalitás, morbiditás (szív- és érrendszeri, daganatos betegségek, cukorbetegség, gyomor- és bélrendszeri megbetegedések, csontritkulás).
- A mozgásszervi betegek ellátásának költségtényezői.
- Alkalmazásban álló nyugdíjasok száma, aránya

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság, Gondoskodáspolitikáért felelős Államtitkárság, Önkormányzati Államtitkárság
- Agrárminisztérium
- Építési és Közlekedési Minisztérium
- Gazdaságfejlesztési Minisztérium
- Kulturális és Innovációs Minisztérium
- Igazságügyi Minisztérium
- Miniszterelnökség
- Pénzügyminisztérium
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (
- Országos Mentőszolgálat
- Idősügyi tanácsok
- Egészségfejlesztési irodák
- Önkormányzatok
- Magyar Vöröskereszt
- Civil szervezetek
- Egyetemek
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi lejtőre illeszkednek, vagyis az iskolázottság, foglalkozás, jövedelem/anyagi helyzet alapján meghatározott társadalmi-gazdasági pozíció szerint legrosszabb helyzetű csoportok egészségi állapota a legkedvezőtlenebb. Az egyenlőtlenségek, köztük az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése és felszámolása azok meghatározó tényezőin keresztül lehetséges. Ez a felismerés motiválta az **Egyesült Nemzetek Szervezete** által 2000-ben közzétett Millenniumi Fejlesztési Célokat (*Millennium Development Goals*), amely 8 pontban határozta meg a teendőket, első helyre sorolva a mélyszegénység elleni küzdelmet. E célkitűzés elérése a tervezettnél is jobban sikerült, a fejlődő országok népességének mélyszegénységben élő 47%-át ugyanis a tervezett 23,5% helyett 14%-ra sikerült csökkenteni 2015-re. E célok továbbfejlesztéseként az ENSZ 2015-ben 17 pontban fogalmazta meg a 2030-ig terjedő Fenntartható Fejlődési Célokat (*Sustainable Development Goals*), amelynek első célja a szegénység felszámolása, második célja az éhezés megszüntetése, harmadik cél a jó egészség és jóllét, negyedik cél a jó minőségű oktatás biztosítása minden korosztály számára.

A globális fejlődési célokhoz illeszkedve az **Európai Unió** is megfogalmazta a maga céljait a 2010-2020 közötti időszakra tervezett „*Europe 2020*” stratégiában. Ennek nyolc célja közül négy az egészségi egyenlőtlenségek szempontjából kiemelten fontos, közvetlen kockázati tényezők csökkentésére irányult (a 20–64 évesek körében a foglalkoztatás legalább 75% legyen; a közoktatásból végzettség nélkül kilépők aránya 10%-ra csökkenjen; a 30-34 évesek legalább 40%-a rendelkezzen felsőfokú végzettséggel, a szegénységi küszöb alatt élők száma legalább 20 millióval csökkenjen). 2018-ig a kitűzött célok maradéktalan elérése egyetlen tagországnak sem sikerült, bár mindegyik ország elért változó mértékű haladást. Magyarország (Lettország és Lengyelország mellett) egyike volt annak a három országnak, amelyek különösen jelentős javulást értek el a foglalkoztatás javításában és a szegénység csökkentésében. 2018-ig az EU a tagországok összességét tekintve minden kitűzött cél tekintetében javulást ért el, a felsőfokú végzettséggel rendelkező 30-34 évesekre vonatkozó célkitűzés pedig teljesült. Az EU szakbizottságai által 2019-ben közzétett értékelés szerint a szegénység vagy társadalmi kirekesztettség által fenyegetettek száma az EU-ban mintegy 4,2 millió fővel csökkent a tervezett 20 millió fő helyett. A célok elérését azonban nehezítette Nagy-Britannia 2020. január 1-i kilépése az EU-ból, valamint az ugyanezen év márciusában pandémiává nyilvánított koronavírus-világjárvány.

A 2030-ig terjedő évtizedre az EU globális egészségstratégiát alkotott (*EU Global Health Strategy*), amelynek fő célja az egészségi állapot és jóllét növelése a teljes élettartamon keresztül, az egészségügyi rendszerek megerősítése és az általános egészségbiztosítás kiterjesztése, valamint – különös tekintettel a koronavírus-világjárvány tanulságaira – a pandémiát is felölelő, egészséget fenyegető események

megelőzése és elhárítása. A legnagyobb európai kisebbség, a roma népesség helyzetének célzott javítására 2011-ben közzétett EU keretprogramnak (*EU Roma Strategic Framework*) is elkészült a 2020-2030 közti időszakra szóló, továbbfejlesztett változata az egyenlőség, befogadás és részvétel segítésére, a korábbi stratégiában is prioritást kapott négyes cél: a lakhatás, az iskolázottság, az egészségi állapot, és a foglalkoztatottság javításával, valamint a szegregáció és diszkrimináció felszámolásával.

Az Európába érkező migránsok egészségi állapota komplex okok miatt külön figyelmet igényel, amelyet az Európai Betegségmegelőző Intézet (*ECDC*) folyamatosan nyomon követ. Az ezzel kapcsolatos problémák kezelésére a tagországok változatos gyakorlatokat valósítottak meg, de eddig nem született uniós stratégia a migráns és menekült csoportok egészségének védelmére, fejlesztésére vonatkozóan.

A társadalmilag hátrányos helyzetű csoportok felzárkózását célzó, 2011-2020 közti időszakra tervezett **Magyar Nemzeti Társadalmi Stratégia** illeszkedett a „Europe 2020” stratégiához és az EU roma keretstratégiájához is. A hazai stratégia a legsúlyosabb szegénységi kockázatnak kitettek körébe sorolta a romákat, a gyermekeket és a hátrányos helyzetű térségekben lakókat, akiknek helyzetét a foglalkoztatás, oktatás, egészségügy és lakhatás területén tervezett beavatkozások révén kívánta javítani. A Stratégia 2020-ban megjelent hazai értékelése szerint a számszerűsített mutatók, úgymint a jövedelmi szegénység, az anyagi depriváció és a munkanélküliség folyamatosan javultak, de a mélyszegénységben élők relatív helyzete alig változott. Az értékelés egyik fontos megállapítása volt, hogy a Stratégia megvalósulását segítő öt operatív program 104 felhívása keretében támogatott programok mindössze 14%-a zárult le az értékelés határnapjáig, a támogatott projektek 40%-a pedig el sem indult, ami a tervezés és megvalósulás alacsony hatékonyságát tükrözi. A „Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030” a jelen évtizedre foglalja össze a szegénységből fakadó, és a roma népességet fokozottan érintő hátrányok csökkentését célzó komplex teendőket.

Az EU által a szegénység és társadalmi kirekesztettség kockázatának kitett népesség nyomonkövetésére szolgáló mutatót (*at risk of poverty and social exclusion, AROPE*) a szegénységi küszöb alatt élők, az anyagi és szociális deprivációban szenvedők, valamint az alacsony munkaintenzitású háztartásokban élők számából képezik. A szegénység és társadalmi kirekesztettség kockázatának kitettek számát hazánk 450 ezer fővel tervezte csökkenteni a „Europe 2020” stratégia keretében; 2017-ig 329 ezer fős csökkenést sikerült elérni. A legfrissebb adatok szerint az AROPE mutató értéke Magyarországon a 2015-ben mért 30,6%-ról 2021-re 19,4%-ra csökkent, miközben a 27 tagú EU-ban ennek értéke 2021-ben 21,7% volt. Az Eurostat adatai szerint a szegénységi kockázatnak kitettek aránya (*at-risk of poverty rate*) hazánkban a 2010-es 12,3%-hoz képest – a 2014-ig tartó növekedést követő csökkenés következményeként – 2020-ra nem változott (12,3%). Megjegyzendő, hogy a 27 tagú EU-ra vonatkozó ugyanezen indikátor 2010-ben 16,5% volt, amely 2020-ra 16,7%-ra nőtt.

Az iskolázottság mint a társadalmi-gazdasági pozíció és az egészségi egyenlőtlenségek egyik alapvető meghatározója vonatkozásában a legfontosabb mutató a végzettség nélküli iskolaelhagyók aránya,

amelynek hazai javítása szükséges (a 18-24 évesek körében 2010-ben 10,8% volt, ez 2020-ra 12,1%-ra nőtt).

Az „**Egészséges Magyarország 2014-2020**” **Egészségügyi Ágazati Stratégia** külön fejezetet szentelt az egészség társadalmi egyenlőtlenségei bemutatásának, és ágazati célkitűzésként fogalmazta meg a területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségek csökkentését. Ennek érdekében az alapellátás minőségének javítását, az alapellátás és a járóbeteg szakellátás funkcionális integrációját és ezek népegészségügyi szemléletű átalakítását, továbbá a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás kompetenciáinak és kapacitásainak bővítését tartotta szükségesnek, különösen a hátrányos helyzetű területeken. Jelentős előrelépés volt a népegészségügyi ellátás tekintetében az egészségfejlesztési irodák (EFI) hálózatának bővítése; az egészségügyi alapellátás minőségfejlesztése és átalakítása (önállóan dolgozó házi orvosi praxisok helyett a praxisközösségek létrehozásának támogatása). E modellben több házi orvos közösségben dolgozva többletfinanszírozás ellenében egyéb egészségügyi szakembereket szerzöttet, akiknek közreműködésével a praxisközösség az önállóan dolgozó házi orvosokhoz képest jelentősen több preventív és egészségfejlesztő szolgáltatást tud nyújtani. A modell elsőként a Svájci Hozzájárulás SH8.1 program keretében valósult meg 2013-2017 között négy kistérségben, és fontos tanulsága volt, hogy ún. segéd-egészségőrök vagy egészség-mediátorok bevonása az alapellátó közösség munkájába komplex módon segíti az ellátáshoz való hozzáférést és igénybevételt jelentős hátrányos helyzetű népességgel bíró ellátási területeken. A modell országos kiterjesztését több EFOP program támogatta, majd 2021-től annak jogszabályi háttere is megteremtődött. Az „**Egészséges Magyarország 2021-2027**” **Egészségügyi Ágazati Stratégia** az előzőhöz hasonlóan általános célként fogalmazta meg a területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban fennálló különbségek csökkentését. Az egészségi egyenlőtlenségek vonatkozásában azonban csak a földrajzi, területi szempontból hátrányos településekre fókuszál, és az előző stratégiához képest nem kaptak hangsúlyt az optimális gyermekkori fejlődést a hátrányos helyzetű népességcsoportok gyermekei számára biztosító beavatkozások.

### ***Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésének jelentősége***

Az egészségi egyenlőtlenségek méltánytalanok és kihívást jelentenek az EU-nak a szolidaritás, emberi jogok és társadalmi kohézió iránti elkötelezettségével összhangban végzendő tevékenységére, továbbá bonyolult mechanizmusokon keresztül veszélyeztetik a gazdasági és társadalmi fejlődést is. Ennek okán az egészséggel foglalkozó nemzetközi szakmai és politikai szervezetek és intézmények kiemelt témaként foglalkoznak e kérdéskörrel, amelyet a WHO és az EU előzőekben említett stratégiai céljai is tükröznek. Ennek megfelelően a népegészségügyi stratégiában is kiemelt kérdésként kell kezelni a társadalmilag veszélyeztetett, a kirekesztés szempontjából magas kockázatúakat, mert az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők komplex hatásai folytán e népességcsoportok egészségi állapota és

egészségkockázati magatartásformái törvénytörően kedvezőtlenebbek az átlaghoz képest. Ez többé-kevésbé a betegellátásra, miközben az egészségi egyenlőtlenségek jelentős csökkentését önmagában az egészségügy nem tudja elérni. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításán kívül – ideértve a betegellátás mellett a megelőző, népegészségügyi ellátásokat is – nélkülözhetetlen azon társadalmi és gazdasági tényezők kedvező változtatása is, amelyek az egészségi egyenlőtlenségeket közép- és hosszú távon jelentősen csökkenteni tudják.

### *Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésének módjai*

Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésének máig legátfogóbb stratégiáját a WHO e célra létrehozott nemzetközi szakbizottsága alkotta meg, az egészségi egyenlőtlenségek keletkezésére vonatkozó integrált modell megalkotását követően. A modell szerint a társadalmi-gazdasági pozíciót meghatározó egyéni tényezőkön (iskolázottság, foglalkozás, jövedelem) túlmenően az egészségi állapotban fennálló egyenlőtlenségeket azon társadalmi viszonyok határozzák meg, amelyekben az emberek születnek, nevelkednek, élnek és dolgoznak. Ezek összessége képezi az egészség társadalmi meghatározó tényezőit a teljes élettartamon keresztül. E tényezők javítása a leghátrányosabb helyzetűek körében a populációk egészére nézve is pozitív hatású, melyre a szakbizottság három fő ajánlást tett.

1. Prioritást kell adni az élet- és munkakörülmények javításának, különösen a gyermekek életkörülményei javításának, akiknek születési és kisgyermekkorú körülményei az élet végéig kihatnak az egészségi állapotra, sőt a következő generáció egészségre is, különösen a gyermekkorú táplálkozás és az ártalmas gyermekkorú élmények tekintetében.
2. Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében erősíteni kell a közsféra tevékenységeit, nemcsak a kormányzati, hanem a civil szektorban és a magánvállalkozások körében is, annak érdekében, hogy az egészséget is érintő közérdekek számbavétele megtörténjen, és ezek érdekében lehetőség legyen közösségi cselekvésekre.
3. Az egészségi egyenlőtlenségeknek, valamint azok társadalmi meghatározó tényezőinek alakulását rendszeresen nyomon kell követni, egyrészt a problémák feltárása, másrészt a beavatkozások hatásának megítélése érdekében.

### **Fő célkitűzés**

Az egészségügyi ágazat szerepe a társadalmi kirekesztettség szempontjából veszélyeztetett társadalmi csoportok egészségügyi, köztük a megelőző és egészségfejlesztő ellátási szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek javítása, továbbá a társadalmi kirekesztettség meghatározó tényezőinek – elsősorban a kisgyermekkorú fejlődés, az életmód és a mentális állapot, továbbá az iskolázottság és a lakhatási

körülmények – javítását célzó más ágazati döntések és beavatkozások támogatása, e tényezők fontosságának képviselője. A népegészségügyi stratégiának kapcsolódnia kell az „Egészséges Magyarország 2021-2027” Egészségügyi Ágazati Stratégiához és a „Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030”-hoz, annál is inkább, mert az utóbbiban a praxisközösségek működése során szerzett tapasztalatok tanulságai, továbbá a társadalmilag veszélyeztetett népességcsoportokat célzó egészségügyi, népegészségügyi beavatkozások nagyobb hangsúlyt kaptak, mint az előzőben.

## **Mérhető célok**

1. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést akadályozó, elsősorban a társadalmi kirekesztettség kockázatának kitétteket érintő ellátórendszeri problémák javítása.
2. Az optimális gyermekkori fejlődés biztosítása, a fejlődést akadályozó tényezők elhárítása különösen a mélyszegénységben élő családok gyermekeinek esetében.
3. A társadalmi kirekesztettség meghatározó tényezőire vonatkozó ismeretek és tudatosság növelése a döntéshozók és a népesség körében.

## **Javasolt beavatkozások - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

1. **Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést akadályozó, elsősorban a társadalmi kirekesztettség kockázatának kitétteket érintő ellátórendszeri problémák javítása:**
  - szakemberek biztosítása a tartósan betöltetlen háziiorvosi és védőnői körzetekben; e körzetekben munkát vállaló szakemberek nagyobb fokú megbecsülése, progresszív bérezése, béren kívüli juttatások nyújtása;
  - egészség-mediátorok képzése és alkalmazása a hátrányos helyzetű vagy szegregátumokat (is) kiszolgáló alapellátási körzetekben és praxisközösségekben;
  - mobil egészségügyi szolgáltatások biztosítása;
  - egészségfejlesztési irodák létrehozása minden hátrányos helyzetű (kedvezményezett) járásban, illetve minden ilyen járásban működő EFI-ben lelki egészségfejlesztéshez értő szakember alkalmazása is;
  - az egészségfejlesztési irodák és az iskolaegészségügyi szolgálat közti kapcsolatok erősítése, együttműködési programok kidolgozása;
  - digitális és szakmai kompetenciák fejlesztése szakemberek és ellátottak körében;
  - a rendelkezésre álló prevenciós és egészségfejlesztési módszertani dokumentumok online elérhetővé tétele egy tárhelyen a szolgáltatások és beavatkozások tervezésének megkönnyítésére.

## **2. Az optimális gyermekkori fejlődés biztosítása, a fejlődést akadályozó tényezők elhárítása különösen a mélyszegénységben élő családok gyermekeinek esetében:**

- kis súlyú újszülöttek kötelező komplex gyermekorvosi vizsgálata, gondozási/fejlesztési terv kialakítása, a gyermekek fejlődésének nyomon követése;
- az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 1. számú mellékletében foglalt, életkorhoz kötött szűrővizsgálatok maradéktalan elvégzése; fejlődésbeli elmaradás esetén további vizsgálat és fejlesztési terv kidolgozása, a fejlődés nyomon követése;
- az EFI-k szervezésében életkörülmények felmérése és javítása a mélyszegénységben élő és/vagy alapfokú végzettséggel rendelkező szülők által nevelt gyermekek körében;
- rendszeres óvodai és iskolai egészségfejlesztési programok szervezése a fizikális és mentális egészség javítására a járási EFI és az iskola-egészségügyi szolgálat együttműködésében.

## **3. A társadalmi kirekesztettség meghatározó tényezőire vonatkozó ismeretek és tudatosság növelése a döntéshozók és a népesség körében:**

- Az egészséges lakáskörülmények fontosságának és az energiaszegénység csökkentésének tudatosítása, a pénzügyi és környezetvédelmi tudatosság növelése;
- Mentális egészség javítása, gyermekkori ártalmak csökkentése, munkaerőpiaci készségek fejlesztése;
- Kutatási program a végzettség nélküli iskolaelhagyás oki tényezőinek feltárására;
- Pszichoaktív szerfogyasztás gyakoriságának feltérképezése hátrányos helyzetűek körében, drogstratégia kidolgozása.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

A megvalósításhoz az „Egészséges Magyarország 2021-2027” egészségügyi ágazati stratégia, a Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030, a Humánfejlesztési Operatív Program (HOP), a Versenyképes Magyarország Operatív Program (VMOP), és a Digitális Megújulás Operatív Program (DIMOP) keretében rendelkezésre álló forrásokat lehet majd felhasználni.

A nyomon követés érdekében fontos tisztázni, hogy az egészségi egyenlőtlenségek két megközelítés mentén elemezhetők. Az egyik megközelítés a földrajzi, területi, térségi egyenlőtlenségeket elemzi, a térségek gazdasági és társadalmi mutatóit használva a hátrányos vagy veszélyeztetett népességcsoportok azonosítására. Erre vonatkozó adatok a Központi Statisztikai Hivatal gyűjtésében rendelkezésre állnak. A másik megközelítés a társadalmi-gazdasági pozíció egyéni meghatározói (iskolázottság, foglalkozás, jövedelem) alapján azonosított csoportok és egyének között vizsgálja az egyenlőtlenségeket. Ágazati



döntéshozás és beavatkozások finanszírozása szempontjából az előző megközelítés egyszerűbb, és programok tervezése és kivitelezése is könnyebb. Az egészségügyi szolgáltatások tervezése és igénybevétele szempontjából azonban – tekintettel arra, hogy azok jellemzően egyénekként, legfeljebb kiscsoportos formában történnek – az utóbbi megközelítés is fontos, ehhez azonban szükség volna az ellátórendszer vagy a társadalombiztosítás által kezelt bizonyos adatokra, elsősorban az iskolai végzettség nyilvántartására. Ez tenné lehetővé az egészségi egyenlőtlenségek egyének szintjén történő nyomon követését és a beavatkozások hatékonyságának elemzését. Az egészségügyi rendszer azonban nem gyűjt társadalmi-gazdasági pozícióra vonatkozó adatokat, ezért az egészségi egyenlőtlenségek nyomon követése és a stratégiák, programok értékelése egyének szintjén csak a 4-5 évente végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérések hazai jelentéseiből, továbbá a KSH és a Népeségtudományi Kutatóintézet célzott elemzéseiből nyerhetők.

A befejezett iskolai végzettségre vonatkozó adat bevezetése az egészségbiztosítási nyilvántartásba lehetővé tenné – a térségi nyomon követés mellett – az egészségi egyenlőtlenségek egyéni szintű nyomon követését, továbbá segítené az eltérő képzettségű és kompetenciájú betegekkel való hatékonyabb kommunikációt is. A társadalmi-gazdasági pozíciót jellemző adat(ok) birtokában lehetne tovább vizsgálni például a 2020-ban kezdődött koronavírus-világjárvány hazai negatív egészséghatását (a születéskor várható élettartam két évvel történt csökkenését), amely Magyarországon is nagyobb mértékű lehetett az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetűek körében.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Gondoskodáspolitikáért Felelős Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság, Önkormányzati Államtitkárság
- Gazdaságfejlesztési Minisztérium
- Miniszterelnökség
- Igazságügyi Minisztérium
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
- Társadalmi Esélyteremtési Főigazgatóság
- Felzárkózó Települések Program
- Országos Roma Önkormányzat
- Települési Önkormányzatok Szövetsége
- Községek és Kistelepülések Országos Önkormányzati Szövetsége
- EFI-k hálózata

- Családorvosok, praxisközösségek
- Magyar Védőnők Egyesülete
- Civil szervezetek
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A szájüregi egészség állapotát érintő és preventív tevékenységgel befolyásolható megbetegedések a fogszuvasodás, az íny megbetegedései és a fogágy-betegségek, valamint a szájüregi rák. A fogszuvasodás és fogágy-betegség következtében kialakuló fájdalom, a fog elvesztése következtében kialakuló részleges vagy teljes foghiány befolyásolja az életminőséget és a munkaerő-piaci jelenlétet. Az evidenciákon alapuló közlemények összefüggést találtak a szájüregi státusz és az általános egészségi állapot között; az agyvérzés, a szívinfarktus, a cukorbetegség, de még a koraszülés és az alacsony születési súly kockázatát is lényegesen növeli a fogágy-betegség. A szájüregi rák életet veszélyeztető állapot. A WCRF (World Cancer Research Fund International) 2020-ban publikált adatai szerint a szájüregi daganatok incidenciája alapján a 4. helyen állunk (17,2/100000), csak Pápua Új-Guinea, Banglades és Románia esetében magasabb. A halálozási mutatóknál a korábbiakhoz képest kismértékű javulás észlelhető (9,1/100000 lakos), ám így is a hatodik helyen állunk Banglades, Pápua Új-Guinea, Moldova, Pakisztán és Románia után.

Az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014 (ELEF 2014) adatai szerint a 35 éves és idősebb magyar lakosság kevesebb, mint fele ítélte jónak fogai állapotát, a teljes (15 éven felüli) lakosság 60%-ának volt foghiánya fogpótlás nélkül, s a felmérés idején körülbelül minden harmadik egyénnek volt kezeletlen szuvas, lyukas foga. Az ELEF 2019 keretében a felmérést megelőző egy évben a magyar lakosságra reprezentatív mintába beválogatottak (15 évesek és idősebbek) mindössze 46%-a járt fogorvosnál, s a fogorvosi ellátás igénybevétele erősen jövedelemfüggőnek mutatkozott (a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisben 38%, a legmagasabban 56% volt a fogászati ellátás igénybevételének gyakorisága). Reprezentatív mintán, megismételt (1989, 2005) vizsgálatok adatai szerint a magyar populációban átlagosnak tekinthető 14 fog hiánya, amelynek pótlása csak közel 50%-ban történt meg. A szuvas fogak restauratív ellátásának gyakorisága 15-20% volt. A parodontális betegségek esetében 80%-os a lakosság érintettsége, de a megkérdezettek több mint 70%-a csak panasz esetén fordult orvoshoz. Alacsony a szájhigiénés eszközök egy lakosra jutó vásárlása is (évente 0,5 fogkefe és 2,4 tubus fogkrém).

Bár 2017-ben 5-6 évesek és 12 évesek vizsgálatánál a caries érintettség csökkenését tapasztalták, a WHO célokat nem sikerült elérni. A 12 éveseknél 2008-ban érték el először a 2000-re meghatározott 3-as DMFT (a szuvas, elveszített és tömött fogak száma) index értéket. Az ép fogúak aránya folyamatosan nő mindkét korosztályban, de messze elmarad a WHO követelményektől.

A hatásos fogínykezelés csökkenti a kardiovaszkuláris betegségek kockázatát, előnyösen befolyásolja általában a daganatos betegségek kialakulását, különösen a hasnyálmirigy-, nyelöcső-, gyomor- és

tüdődaganatokét. A folyamatos parodontális prevencióval, gondozással csökkenthető a 2-e típusú cukorbetegségben szenvedők kórházi kezeléseinek száma, ezzel együtt annak időtartama és költsége is. Statisztikailag bizonyítható a fogágy-betegség hátrányos hatása a koraszülések kockázatának és számának alakulására is. Az idős betegek esetén az egyik vezető halálok a félrenyelés okozta tüdőgyulladás, mely szoros összefüggést mutat a száj higiéniével, a szájfertőtlenítés elmaradásával.

A NEAK finanszírozás jelentős része a preventív tevékenységre fordított összeg, amelynek eredménye nem látható az orális egészségmutatók szintjén. A fogászati alapellátáshoz való hozzáférés egyenetlen, a betöltetlen praxisok száma magas és folyamatosan emelkedik, különösen az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú régiókban.

### **Fő célkitűzés**

Hatékony fogászati prevenció megvalósítása, az ahhoz szükséges szervezeti és finanszírozási háttér kialakítása, egészségtudatosságra való nevelés.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

Hatékony fogászati prevenció minden életkorban szükséges, ezért olyan szervezet kialakítása célszerű, amelyben BSc végzettséggel rendelkező dentálhigiénikusok végzik kompetenciájuk alapján a preventív tevékenységet és a parodontológiai megelőző és fenntartó kezeléseket. A praxisközösségek megalakulásával a team munkában való részvételük indokolt. A forrást a fogászati kassza átcsoportosításával lehet biztosítani.

A dentálhigiénikusok munkája egyéni és csoportos megelőző tevékenység során valósulhat meg: a várandósok gondozása, gyermekfogászati- és iskolafogászati rendeléseken, időotthonokban jelenléttel, munkahelyen szervezett vagy kulturális rendezvényekhez kapcsolódó aktivitásokkal.

A prevenciók aktivitások hatékonysága a külföldi és hazai jó gyakorlatok alkalmazásával emelhető. Korszerűen felszerelt buszokkal, jó logisztikával a hátrányos helyzetű települések lakossága is elérhető lenne.

A szájüregi rákos betegségek okozta halálozás különösen drámai mértéke indokolja a szájüregi daganatszűrés finanszírozásának újragondolását. A legveszélyeztetettebbek a társadalom periferiájára szorult hajléktalanok, akik még az átlaglakoságnál is kevésbé jutnak megfelelő fogászati ellátáshoz, így esetükben szinte mindig késői a diagnózis. A korán felismert és időben a megfelelő ellátó centrumba küldött eseteknél a beküldő fogorvos premizálásával lehetne a jelenlegi állapoton javítani.

Szükséges egy országos fogászati prevenció program elindítása előzetesen elvégzett pilot projektek adataira és a nemzetközi jó gyakorlatra támaszkodva, amely alapvetően három részből tevődik össze:

- lakosság közeli szűrővizsgálatok,
- ismeretterjesztő előadások gyermekek és felnőttek számára,
- továbbképzés a fogorvosok számára

Szűrővizsgálatok alatt értendő

- sztomato-onkológiai szűrővizsgálat: extra- és intraorális vizsgálat,
- szájnyálkahártya, bucca, palatum, nyelvfenék, nyelv és mandulák vizsgálata;
- DMFT (szuvas, hiányzó és tömött fogak) meghatározása;
- gyermekeknél a SIC-index (Significant Caries Index) meghatározása;
- orális kockázatértékelés: kockázati korcsoportokba tartozóknál és kismamáknál S. mutans teszt, nyál-pH- és pufferkapacitás-mérés;
- parodontális vizsgálat és kezelési szükségletek felmérése;
- temporomandibuláris ízület vizsgálata;
- fej-nyak tájéki nyirokcsomók áttapintása;
- fogászati rendellenességek felismerése

Az egészségfejlesztés, egészségnevelés az individuális és csoportos jelenlét mellett a média és közösségi média eszközeinek felhasználásával kiegészítve lehet a korábnál hatékonyabb.

Továbbképzés: A szakorvosi továbbképzések alapja olyan tematika összeállítása, amely a korszerű eszközök és módszerek alkalmazását, valamint a folyamatos szakmai fejlődést szolgálják.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- DMF-T index korcsoportos bontásban, gyermekeknél a SIC-index meghatározása;
- CI (Care Index) meghatározása
- sztomato-onkológiai szűrések és résztvevők száma;
- szájüregi szűrés gyakoriságának változása a várandósok körében;
- szájüregi daganatok incidenciája és a daganatos halálozás arányszáma.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság

- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Országos Onkológiai Intézet
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Egészségügyi Szakmai Kollégium
- Magyar Fogorvosok Egyesülete
- Orvos-egészségtudományi képzést, valamint pedagógusképzést folytató egyetemek
- Fogorvosi alapellátásban és szakellátásban részt vevő fogorvosok
- Várandós- és gyermekgondozó intézmények,
- Iskola-egészségügyi szolgálat
- Idősgondozó intézmények
- Szakmai és civil szervezetek
- Köznevelési intézmények
- Felsőoktatási intézmények
- Önkormányzatok, kisebbségi önkormányzatok
- Média
- Hajléktalan, szociális ellátó rendszerek
- Egészségfejlesztési irodák
- Praxisközösségek, csoportpraxisok
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A COVID-19 világjárvány népegészségügyi és társadalmi-gazdasági hatását tekintve a 21. század eddigi legnagyobb kihívása. Magyarországon a világjárvány első két évében két évvel csökkent a születéskor várható élettartam, és a COVID-19 hosszútávú hatásai az elkövetkező években is jelentős hatással lesznek a népesség egészségi állapotára. A pandémia rávilágított a társadalom, a gazdaság egyes szereplőinek szoros kapcsolatára is, és arra, hogy egy jelentős járványügyi krízis negatív hatással lehet valamennyi szektor működésére, sőt destabilizálhat teljes nemzetgazdaságokat is. Ezért is fontos, hogy pontos képet alkossunk a járványügyi biztonságról, és a pandémia tanulságait Magyarország előnyére fordítsuk annak érdekében, hogy az ország felkészültsége növekedjen a jelentős járványügyi események kedvezőtlen hatásainak kivédésére.

A COVID-19 pandémia előtt a járványügyi rendszerek szigetszerű fejlesztése a világ számos országában a biztonság hamis érzetét keltette, ami jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy nem sikerült a 21. század kihívásainak megfelelő, világjárványoknak is ellenálló népegészségügyi rendszereket kiépíteni. Új és visszatérő fertőző betegségek továbbra is fel fognak bukkanni, számuk és jelentőségük valószínűleg növekedni fog, és mivel ezek teljesen nem elkerülhetők, csak felkészülni lehet rájuk. Egy adott ország **járványügyi biztonságának** kulcsfontosságú elemei a járványügyi veszélyhelyzetekre történő felkészültség és reagáló-képesség, illetve megfelelő kapacitások és képességek ezen események társadalmi és gazdasági terheinek enyhítésére. A járványügyi biztonság tehát összetett fogalom, megítéléséhez nem elegendő önmagában az aktuális járványügyi helyzet ismerete.

Hazánk globális egészségbiztonsági index (Global Health Security index) alapján történő értékelése utoljára 2021-ben készült el. Az egészségbiztonságnak egyik eleme a járványügyi biztonság, amelynek önálló, átfogó, a pandémiás tapasztalatokat is feldolgozó részletes értékelésére Magyarországnak is szüksége van.

A COVID-19 világjárvány kedvezőtlen hatásai többnyire súlyosabbak, tartósabbak, és nehezebben helyreállíthatók azokban a társadalmi csoportokban, amelyeket kedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzet jellemez. Az e mögött meghúzódó jelenségek és összefüggések komplex, bonyolult rendszert alkotnak, amelynek elemzése, feltárása és a problémák megoldására irányuló stratégiák kidolgozása nemcsak a COVID-19 pandémia, hanem a jövőbeli egészségügyi, társadalmi, gazdasági krízishelyzetek kezelése szempontjából is hasznosíthatóak, összhangban a WHO Európai Irodája által megfogalmazott „senkit sem hagyunk hátra” elv érvényesítésével.

**Az ENSZ fenntartható fejlődési célok** (Sustainable Development Goals, továbbiakban SDG) 3. célkitűzésén belül az SDG 3.3, 3.b és 3.d részcélok vonatkoznak a fertőző betegségekre. Az SDG 3.3 által megfogalmazott cél, hogy 2030-ra meg kell szüntetni az AIDS, a tuberkulózis, a malária és az

elhanyagolt trópusi betegségek okozta járványokat, és küzdeni kell a hepatitisz, a víz által terjedő és más fertőző betegségek ellen. Az SDG 3.b szerinti rész cél a védőoltások és gyógyszerek kutatásának és fejlesztésének támogatása, megfizethető alapvető gyógyszerekhez és oltóanyagokhoz való egyenlő hozzáférés biztosítása beleértve azt, hogy a célpopuláció minél magasabb arányban részesüljön a szükséges védőoltásokban. Az SDG 3.d rész cél tartalmazza az országok kapacitásának megerősítését a nemzeti és globális egészségügyi kockázatok korai előrejelzésére, kockázatcsökkentésére és kezelésére. Ezen kapacitások értékelése a WHO Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályokban (továbbiakban NER) foglalt tizenöt alapvető kapacitásmutató évenkénti önértékelésén alapul. A hazai összes mutató átlagos évenkénti értéke a 2011 – 2017-es időszakban 81-97% között, a 2018 – 2021-es időszakban 66-70% között alakult (100% a maximálisan elérhető értéke). A 2021. évi magyarországi mutatók öt területen mutatnak elmaradást a globális és a WHO Európai Régiójára jellemző kapacitás-mutatók átlagértékétől. Ezek (1) az emberi erőforrás, (2) a kockázatkommunikáció és közösségi kötelezettségvállalás, (3) a finanszírozás, (4) a NER implementálását biztosító politikai, jogi és normatív eszközök, (5) valamint a határátkelő- és belépési helyekre vonatkozó követelmények; továbbá Magyarország elfogadott pandémiás tervekkel sem rendelkezik.

Jelen helyzetértékelés az SDG prioritásokra összpontosít. Az értékeléséhez szükséges adatok a hazai surveillance-rendszerekből származnak. Magyarországon a jelentendő fertőző betegségek nyilvántartását a Nemzeti Népegészségügyi Központ (továbbiakban NNK) végzi az általa működtetett Országos Szakmai Információs Rendszer (továbbiakban OSZIR) segítségével. A NER kapacitás-indikátorainak is egyike az ország surveillance-képessége, különös tekintettel annak korai figyelmeztető képességére és az egészségügyi veszélyhelyzet kezelésére. A 2021. évi hazai önértékelés alapján a surveillance-rendszer és a veszélyhelyzet-kezelési folyamatok rendszeres felülvizsgálata, értékelése és fejlesztése eddig nem történt meg, ezért ez az elkövetkező időszak kiemelt feladata kell, hogy legyen, beleértve az informatikai rendszer korszerűsítését is. A járványügyi felügyeleti rendszer a meglévő surveillance-rendszeren kívül, további adatgyűjtésekből (például járványkivizsgálás, kontaktuskutatás) származó adatokra is támaszkodva hivatott azonosítani a járványügyi kockázatokat, kezdeményezni a szükséges intézkedéseket, valamint monitorozni azok hatását.

A járványügyi rendszer egyik alappillére a megfelelő laboratóriumi mikrobiológiai kapacitás rendelkezésre állása. Az Európai Unió (továbbiakban EU) Laboratóriumi Képesség Monitorozási Rendszerének (EULabCap) 60 indikátoron alapuló, átfogó értékelése alapján Magyarország mikrobiológiai laboratóriumi kapacitása és képessége 2013-2018 között valamennyi naptári évben közepes szintű volt. A részletes eredmények alapján meghatározhatók a legfontosabb fejlesztési irányok is annak érdekében, hogy hazánk elérje az EU célkitűzésben szereplő (legalább 8-as) szintet.

A járványügyi helyzet megítélésekor figyelembe kell venni, hogy a COVID-19 világjárvány megzavarta számos fertőző betegség megjelenésének korábban megszokott mintázatát. A pandémia miatt bevezetett ajánlások, korlátozások miatt a közösségekben leggyakrabban előforduló enterális és légúti fertőző



betegségek időlegesen visszaszorultak. Magyarországon a pandémia első évében az egyéb (nem COVID-19) bejelentett fertőző megbetegedések száma mintegy felére csökkent. A pandémia kezdete után több mint két év elteltével azonban a vírusok és baktériumok szabadabban terjednek, esetenként nagy járványokat okozva (pl. influenza, RSV), és gyakran másképp viselkednek, mint korábban (pl. mpox).

A **védőoltással megelőzhető fertőző betegségek** tekintetében Magyarországon a járványügyi helyzet kiváló, az SDG 3.b részcélt mérő, kötelező védőoltásokkal kapcsolatos indikátorok értékei 99,5%-os vagy afeletti átoltottságot mutatnak, a 2020-ban bevezetett bányahimlő elleni átoltottság 99,3% volt már 2021-ben. A **járványos gyermekbénulás** hazánkban évtizedekkel ezelőtt megszűnt, a WHO az Európai Régiót 2002-ben poliomyelitis-mentessé nyilvánította és ezt a helyzetét 2022-ben megerősítette, habár a szintén az Európai Régióba sorolt Közép-Ázsiai Tádzsikisztánban 2010-ben és 2021-ben poliojárvány alakult ki. Egyes országok oltási fegyelmének hanyatlása miatt a **kanyaró** behurcolása továbbra is veszélyt jelent hazánkra. A romániai kanyarójárvány áttérjedése miatt 2017-ben egészségügyi dolgozókat is érintő, 2019-ben vendégmunkások köréből kiinduló kanyarójárványok a hazai oltási program évtizedekkel korábbi hiányosságait tárták fel, ezért az egészségügyi dolgozók kanyaró elleni védettségének monitorozása és a fogékony munkavállalók védőoltása továbbra is fontos.

A humán papillomavírus (**HPV**) elleni önkéntes védőoltás Magyarországon a lányok körében a 2014/15-ös tanévben került bevezetésre iskolai kampányoltás keretében (átoltottság 75%). A 2020/2021-es tanévtől a fiúk HPV elleni védőoltása is megkezdődött. Az SDG 3.b részcélt mérő indikátorok egyike a 15 éves lányok HPV elleni átoltottsága, mely 2016-2019 között hazánkban 71-78% között mozgott (WHO célérték: 90%).

A **COVID-19 elleni átoltottság** a vilá járvánnyal szembeni ellenállóképesség, felkészültség és járványkezelés egyik fő indikátora. A magas átoltottság kulcsfontosságú a súlyos lefolyású, illetve halálos kimenetelű SARS-CoV-2 fertőzések minimalizálása érdekében. Magyarországon a 18+ évesek legalább egy dózissal való átoltottsága 2023 januárjában több mint 10 százalékponttal maradt el (73,8%) az EU/EGT országok átlagától (84,8%), és a 60+ éveseknél is közel hasonló a lemaradás (83,2% vs. 92,5%). Az **influenzajárványok megelőzése** céljából a kormány évente térítésmentes oltóanyagot biztosít azok számára, akik életkoruk vagy egészségi állapotuk miatt fokozottan veszélyeztetettek, illetve akik ezen csoportokat gyógyítják, ápolják. Az OECD adatai szerint a COVID-19 járvány első évében az EU csaknem minden országában, köztük Magyarországon is nőtt az időskorúak (65+ évesek) influenza elleni átoltottsága, de ennek mértéke Magyarországon jelentősen elmaradt az EU átlagtól (2020-ban Mo. 30,5%, EU22-átlag 43,9%), és 2021-ben a 2019-es szint alá csökkent (22,3%). Megjegyzendő, hogy az influenza elleni átoltottság hazánkban már a pandémia előtt is elmaradt az EU átlagtól (2019-ben Mo. 23,6%, EU22-átlag 36,8%). Annak ellenére tehát, hogy Magyarország jó eredményeket tudhat magának a kötelező védőoltások terén, az önkéntes oltások átoltottsági adatai ráirányítják a figyelmet a **védőoltásokkal szemben növekvő bizalmatlanságra, különös tekintettel a felnőttkorban ajánlott védőoltások esetén.**

Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet 2021. évi adatai alapján Magyarországon kielégítő a **tuberkulózis** (továbbiakban TBC) epidemiológiai helyzet, és az incidencia folyamatosan csökkenő. A WHO hazánkat a tartósan és stabilan alacsonyan átfertőzött országok között tartja nyilván. A gyermekkori TBC esetek aránya az 1%-os WHO célérték körüli, és az MDR (multirezisztens) TBC arány az 5%-os WHO célérték alatti. A regisztrált esetek klinikai diagnózisának bakteriológiai vizsgálattal való megerősítési aránya ugyan kismértékben javult, de továbbra sem éri el a bakteriológiai igazoltág WHO által ajánlott 75%-os értékét (2021-ben 53,1%). A 2020-ban nyilvántartásba vett TBC-s betegek 12,8%-a igazoltan gyógyult, azaz tünetmentessé vált és a gyógyulást legalább két negatív tenyésztés igazolta a kezelés megkezdésétől számított 12 hónap elteltével, valamint 45,3%-ánál a kezelőorvos gyógyultnak nyilvánította, de ezt két negatív tenyésztéssel nem igazolta, így összességében a betegek 59,2%-a gyógyult meg klinikailag, ami elmarad a WHO 85%-os ajánlásától.

Magyarországon 2016 és 2021 között az évente regisztrált **HIV-fertőzött** személyek száma átlagosan 224 fő volt. A regisztrált HIV-fertőzöttek rizikócsoport szerinti megoszlása alapján hazánkban az új HIV-esetek kb. 60%-a homo/biszexuális, mintegy 10%-a heteroszexuális, de 24-28%-uknál nem ismert, hogy milyen rizikócsoportba tartoznak. Transzfúziós terjedés, valamint 2018 óta maternális terjedés nem fordult elő. A **HIV/AIDS elleni küzdelem** jegyében született Dublini Nyilatkozatot 2004. február 24-én írták alá az európai országok, köztük hazánk is. A nyilatkozatban foglalt célok teljesülését az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (továbbiakban ECDC) monitorozza kétévenként kiadott előrehaladási beszámoló formájában. Az elemzés figyelemmel kíséri a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) célkitűzéseinek elérése mértékét, ami az AIDS-járvány 2030-ig történő felszámolására irányuló fenntartható fejlődési cél (SDG 3.3) elérésének egyik mércéje. Ennek érdekében fontos, hogy a jövőben Magyarország is monitorozza a HIV-ellátás folyamatosságának mind a négy szintjét, és erről rendszeresen, teljeskörűen jelentsen adatokat, beleértve a HIV-vel élők becsült számát, a regisztráltak arányát, a regisztráltak közül az antiretrovirális (ART) kezelésbe vettek és a kezelték közül a szuppresszált vírusterhelésük arányát, valamint az újonnan diagnosztizáltak CD4-sejtszámát, továbbá a kiemelt kockázati csoportok átfertőzöttségét.

A WHO 2016-ban hirdette meg a „Towards ending STIs” (sexually transmitted infections) programját mely célul tűzte ki, hogy az országok rendelkezzenek a **szexuális úton terjedő fertőzések** (továbbiakban STI) átfogó surveillance-rendszerével és széles körben hozzáférhető STI ellátással, beleértve az ellátás helyén biztosított mikrobiológiai vizsgáló tesztekkel. A 2030-ra kitűzött célok között szerepel, hogy a *T. pallidum* és *N. gonorrhoeae* okozta fertőzések előfordulása 2018 után globálisan 90%-kal csökkenjen. Magyarországon a syphilis esetek számának 2007 óta folyamatosan emelkedő trendjét csak a pandémia törte meg, az incidencia 2019 és 2021 között regisztrált stagnálásának (8,0-8,1 fő/100000 lakos) értékelése óvatosságot követel. A regisztrált esetek között az EU átlagnál nagyobb arányú és emelkedést mutat a korai látens ill. a késői látens syphilis, ami az esetek késői felismerését és bejelentését tükrözi. Connatalis syphilis esetek 2013 óta – egy évet kivéve – minden évben előfordultak (2020-ig az évi esetszám

középértéke 3 volt), 2021-ben számuk megugrott (12 fő). Magyarországon a *N. gonorrhoeae* antimikrobiális-rezisztencia (továbbiakban AMR) aránya meghaladja az EU átlagát.

A **vírushepatitiszek** visszaszorítása érdekében a WHO 2016-ban hirdette meg a „Towards ending viral hepatitis” programját, mely célul tűzte ki többek között, hogy 2020-ra a HBsAg-prevalencia a hazánkat is magában foglaló alacsony prevalenciájú országokban a gyerekek körében ne haladja meg az 1,0%-ot (2030-ra a 0,1%-ot). A célok között szerepel pl., hogy 2015-höz viszonyítva a krónikus HCV-hepatitiszek újonnan azonosított eseteinek a száma 30%-kal (2030-ra 90%-kal); a HBV/HCV-halálesetek száma 10%-kal csökkenjen (2030-ra 65%-kal); a diagnosztizáltak mindegyike kapja meg a megfelelő kezelést. Kedvező jelenség, hogy Magyarország az alacsony HBsAg-prevalenciájú országok közé tartozik, a hepatitisz B elleni oltás 1999 óta kötelező, és a HBsAg-pozitív gravidák újszülöttjei aktív-passzív immunizálásban részesítendőek. 2019-ben rendeletben írták elő valamennyi egészségügyi dolgozó teljeskörű, kötelező HCV-szűrését 2022. június 30-ig. Az NNK az aktív egészségügyi dolgozók 35%-ának (40572 fő) a szűréséről közölt eddig adatot, akiknek 0,37%-a volt anti-HCV pozitív. Javasolt a HCV-szűrővizsgálatok célcsoportjainak felülvizsgálata a szakmai ajánlások alapján, annál is inkább, mert a hazai HCV-konszenzusajánlás szerint mindenki számára elérhető a terápia, ami radikálisan csökkentheti a fertőzőforrások számát, lehetőséget teremtve a HCV belátható időn belüli eliminációjára. A krónikus HBV ill. HCV-fertőzöttek bejelentése 2014 óta kötelező, ezért adott a lehetőség, hogy Magyarország a jövőben adatot szolgáltatson az ECDC-nek a krónikus HBV/HCV esetekről, valamint a kezelésbe vontak arányáról is, annak érdekében, hogy a HBV ill. HCV-eliminációs folyamat monitorozása megvalósulhasson.

Az **egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések** (továbbiakban EÖF) azok a fertőző megbetegedések, amelyek a beteg első ellátását követő 48 órán (légúti fertőzések esetén 72 órán) túl alakulnak ki. Nemzetközi összehasonlításban a világ fejlett egészségüggyel rendelkező országaiban az EÖF aránya 4–11%. Az EÖF kockázatát kiküszöbölni nem lehet. A modern orvosi beavatkozások magukban hordozzák a fertőzések kialakulásának veszélyét, a kórházban ápolat, alapbetegségük folytán legyengült szervezetű betegeket saját baktériumflórájuk tagjai is képesek lehetnek megfertőzni. Magyarországon jelenleg a Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer (NNSR) keretében bejelentésre kötelezettek a kórházi járványok; az egészségügyi ellátással összefüggő véráramfertőzések (VÁF); a multirezisztens kórokozó (MRK) okozta fertőzések; valamint a *Clostridioides difficile* okozta fertőzés (CDI). Kötelezően jelentendőek a műtéti sebfertőzések, valamint a felnőtt és perinatális intenzív részlegeken előforduló fertőzések. Ezen fertőzések felderítettsége jó indikátora az infekciókontroll tevékenységnek. 2015 és 2020 között a magyarországi fekvőbeteg-ellátó intézményekben növekvő trendet mutatott az MRK és VÁF fertőzések incidenciája, és enyhén növekedett a CDI incidencia is. A növekvő tendenciát részben magyarázhatja a mikrobiológiai diagnosztikus vizsgálatok számának emelkedése, és az ebből adódó javuló felderítettség.

A COVID-19 világjárvány első két éve alatt tovább növekedett a kiemelt jelentőségű EÖF-ek hazai előfordulása, valamint a nem specifikus (egyéb közösségekben is előforduló) kórházi járványok száma az előző évhez képest, melyeknek 99,7%-a SARS-CoV-2-vel volt összefüggésbe hozható. A specifikus (azaz kizárólag vagy jellemzően egészségügyi intézményi körülmények között kialakuló) járványokban elhunytak esetében is növekedés volt tapasztalható, a leggyakoribb kórokozók a *C. difficile* és a multirezisztens *A. baumannii* voltak.

A hazai infektókontroll-tevékenység helyzetértékeléséhez felhasználható az ECDC által koordinált egységes európai, az EÖF-ekre és az antimikrobiális szerfelhasználásra vonatkozó pontprevalencia-vizsgálat (továbbiakban PPV) is. Az ennek keretében gyűjtött hazai kórházi infektókontroll és antimikrobiális stewardship indikátorok 2017. évi eredményei alapján a surveillance-struktúrák erőssége mellett európai összehasonlításban kedvezőtlenül alacsony a fertőzések azonosításához szükséges mikrobiológiai mintavételezési arány; a rutin mikrobiológiai szolgáltatások hétféle elérhetősége; az alkoholos kézfertőtlenítőszer felhasznált mennyisége; a kézhigiénés megfigyelések száma; az infektókontroll-orvosok és -nővérek száma; a megfelelő fertőzőbeteg-elkülönítési lehetőséget jelentő egyágyas, komfortos (WC-zuhanyzóval ellátott) kórtermek aránya; és a felírt antimikrobiális szerek hatékonyságának 72 órán belüli felülvizsgálata.

Az antimikrobiális rezisztencia (AMR) előretörése globális szintű járványügyi probléma. A háziorvosi, rendelőintézeti és fekvőbeteg-ellátó gyakorlatban egyaránt riasztóan magas a baktériumok, gombák és vírusok antimikrobás szerekkel szembeni rezisztenciájának emelkedése. Ez egyre nagyobb fenyegetést jelent világszerte, különösen az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések esetében.

Az egészségügyi dolgozók szerepe az AMR visszaszorításában vitathatatlanul fontos, azonban az Angol Közegészségügyi Intézet és az ECDC 2019-ben az antibiotikumokkal és az AMR-rel kapcsolatos ismeretekre és attitűdökre irányuló közös felmérése szerint a magyarországi egészségügyi dolgozóknak csak a 44%-a értett egyet azzal, hogy neki kulcsszerepe van az AMR kontrolljának elősegítésében.

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” kiemelt projekt keretében 2019-ben elkészült az **„Infektókontroll és AMR szakpolitikai program, az „Egy Egészség” megközelítés alapján egységben az állatgyógyászati készítményekkel”** című dokumentum, amely a 2022. évi PPV eredményei alapján felülvizsgálandó, ezt követően az elfogadása javasolt.

## **Fő célkitűzés**

**A járványügyi biztonság** növelése, amely rendszeres, átfogó monitorozáson alapul, különös tekintettel a **járványügyi helyzetre** és a **járványügyi veszélyhelyzetekre** történő felkészültségre és reagáló-képességre fejlesztésére, a fertőző betegségek okozta terhek csökkentése érdekében.

## Konkrét célkitűzések

**I. Kedvező járványügyi helyzet biztosítása, mely legalább az EU/EGT átlagot elérő vagy meghaladó, átfogó indikátor keretrendszer értékeivel igazolt.**

- A fertőzőbeteg surveillance hazai rendszerének (beleértve az informatikai szakrendszer) felülvizsgálata és fejlesztése annak érdekében, hogy korai figyelmeztető képessége, rugalmassága és reagáló-képessége javuljon, továbbá megbízható adatok álljanak rendelkezésre a járványügyi helyzetértékeléshez és előrejelzések készítéséhez.
- A hazai járványügyi felügyeleti rendszer digitális átalakítása innovatív módszerek és digitalizációs egészségügyi technológiák alkalmazásával, annak érdekében, hogy terhelhetősége és adaptivitása nőjön, továbbá az egészségügyi adatok felhasználása és hasznosulása javuljon.
- Az életkorhoz kötött kötelező védőoltásokkal való magas átoltottság megtartása és az oltási ütem javítása, az ajánlott védőoltásokkal való átoltottság növelése, a nemzetközi célkitűzéseknek és releváns ajánlásoknak megfelelően.
- A védőoltási programok tudományos értékelése és fejlesztése, beleértve az alkalmazott oltóanyagok biztonságosságára, eredményességére vonatkozó adatgyűjtésre szolgáló módszertan, hálózatok és tudományos platformok kiépítését, fejlesztését.
- A megbízhatóság javítása az infekciókontroll fejlesztésével és az AMR visszaszorításával, legalább az EU/EGT átlagnak megfelelő, vagy annál kedvezőbb mutatók elérése érdekében.
- A fertőző betegségek és azokkal összefüggésbe hozható maradandó egészségkárosodás és halálesetek előfordulásának csökkentése annak érdekében, hogy javuljanak az ok-specifikus morbiditási (pl. védőoltással megelőzhető betegségek, TBC, HIV/AIDS, STI, Hepatitisz B) és mortalitási mutatók (pl. TBC, HIV, COVID-19 betegségekkel összefüggő), valamint teljesüljenek a WHO által kitűzött betegség-eliminációs célok.
- A népegészségügyi és egészségügyi dolgozók rendszeres, célzott továbbképzése/oktatása a fertőző betegségek megelőzéséről, az általános infekciókontrollról, hogy naprakész, valid járványügyi ismeretekkel rendelkezzenek.
- A lakosság felvilágosítása a fertőző betegségek megelőzéséről, az általános infekciókontrollról, hogy naprakész, valid járványügyi ismeretekkel rendelkezzenek.

**II. Járványügyi veszélyhelyzetekre történő felkészültség és reagálóképesség fejlesztése.**

- Magyarország járványügyi biztonságának két évenként elvégzett átfogó értékelése (felhasználva a COVID-19 pandémia tapasztalatait, a releváns globális egészségbiztonsági index (GHI) és a fenntartható fejlődési célok (SDG) indikátorait), amely feltárja a fejlesztendő területeket és kezdeményezi a szükséges intézkedéseket és monitorozza az előrehaladást.
- A WHO NER-ben előírt képességek magas szintre fejlesztése és annak megtartása.

- A lakosság járványokkal szembeni ellenálló- és alkalmazkodó képességének és a központi iránymutatásokkal való együttműködési hajlandóságának növelése.
- A hazai intézmények és gazdálkodó szervezetek (különös tekintettel a kritikus infrastruktúrába tartozókra) járványügyi veszélyhelyzeti felkészülési tervének elkészítése.
- A területi szintű járványügyi veszélyhelyzeti reagálási képességek és kapacitások megerősítése, az egyenlőtlenségek csökkentése, és az országos szinttel való hatékonyabb koordinációs, információ- és adatmegosztási mechanizmusok kialakítása és működtetése révén.
- A járványügyi veszélyhelyzet valamennyi szakaszára (megelőzés, felkészülés, reagálás, helyreállítás) kiterjedő integrált, átfogó kockázatkommunikációs terv és keretrendszer kidolgozása.
- A sérülékeny, illetve kiszolgáltatott csoportok járványügyi veszélyekkel szembeni védelmének javítása.

## **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

### **I. rész cél szerint:**

- A fertőzőbeteg surveillance hazai rendszerének részletes átfogó, WHO célok és átfogó indikátorrendszerek alapján történő értékelése, beleértve a mikrobiológiai laboratóriumi rendszert is, s az azonosított hiányosságok alapján a surveillance rendszer modernizálása, beleértve a módszertani és informatikai fejlesztéseket is.
- Innovatív módszerek adaptálása/kidolgozása és bevezetése a hazai járványügyi felügyeleti rendszerbe, valamint digitális technológiák elterjesztése.
- Integrált járványfelügyeleti adatgyűjtési, értékelési és visszacsatolási keretrendszer kialakítása és implementálása multidiszciplináris szakértői csoportok bevonásával.
- A kötelező és ajánlott védőoltások körének, valamint a vonatkozó ajánlásoknak rendszeres, a kor tudományos eredményein alapuló felülvizsgálata szakértői bizottság bevonásával, és az oltásokba vetett bizalom növelését célzó intézkedések kidolgozása és megvalósítása.
- A folyamatban lévő védőoltási programok átfogó értékelésének módszertani, informatikai fejlesztése és szervezeti feltételeinek javítása, és az értékelések eredményeit tartalmazó, magas szakmai minőségű, a járványügyi helyzetnek megfelelő időben elkészült, rendszeres jelentések közzététele.
- Célzott programok indítása az ajánlott védőoltásokkal való átoltottság növelésére (pl. influenza, COVID-19, HPV, pneumococcus).

- Az EÖF megelőzésének, korai felismerésének és a hatékony beavatkozások feltételeinek javítása, beleértve az egészségügyi dolgozók védelmét, az infekciókontroll ellátási csomagok implementációjának ösztönzését.
- A TBC-diagnosztika és gyógykezelés minőségi mutatóinak javítására irányuló intézkedési terv kidolgozása és megvalósítása. Rendszerszintű együttműködés kialakítása a pulmonológiai és a HIV-gondozó hálózat között a kockázati csoportokba tartozók azonosításában, követésében, gondozásában és adataik integrált gyűjtésében, elemzésében.
- Az újonnan felderített HIV-pozitív esetek járványügyi kivizsgálása hatékonyságának növelése, különös tekintettel a terjedési módra vonatkozóan. A surveillance rendszernek folyamatosan adatokat kell szolgáltatnia az ART-kezelésbe vett egyének monitoring eredményeiről. Biztosítani kell, hogy valamennyi HIV-fertőzött esetében rendszeresen megtörténjenek a HIV-RNS kópiaszám-vizsgálatok és/vagy a CD4+ sejtszám meghatározások, továbbá eredményeik regisztrálásra, elemzésre és a terápiás beavatkozások során hasznosításra kerüljenek.
- Intézkedési tervet kell készíteni és foganatosítani a syphilis emelkedő trendjének megfordítására, a veleszületett syphilis felszámolására, a késői syphilis esetek arányának csökkentésére, a *N. gonorrhoeae* AMR terjedésének meggátlására.
- A várandósok kötelező/ajánlott és NEAK által finanszírozott szűrővizsgálatai körébe be kell emelni a HIV- és a HCV-vizsgálatot is, továbbá folyamatosan monitorozni kell a várandósok összesített, illetve időszak és terület szerinti átszűrési arányát.
- Az orvosok és egészségügyi szakdolgozók képzési, továbbképzési kurikulumainak tartalomfejlesztése és online oktatási anyagok kidolgozása és hasznosítása a fertőző betegségek megelőzése, az infekciókontroll és az AMR témakörében.
- A fertőző betegségek megelőzéséről szóló korszerű ismeretanyag fejlesztése és integrálása a közoktatás kurikulumába.

## II. rész cél szerint:

- A járványügyi biztonságot leíró, nemzetközileg elfogadott indikátorok katalógusa alapján átfogó, rendszeres helyzetértékelés készítése, a fejlesztési irányok azonosítása, intézkedési terv kidolgozása és megvalósítása.
- A WHO NER által meghatározott képességek és kapacitások rendszeres értékelése, az eredmények közzététele, fejlesztési irányok és intézkedési tervek kidolgozása, megvalósítása, monitorozása, beleértve az országos szintű pandémiás intézkedési tervek elkészítését is.
- Programok indítása a lakosság járványügyi veszélyhelyzetekre való felkészítése érdekében, a központi iránymutatások megértésének biztosítása és az együttműködési hajlandóság növelése

érdekében, továbbá széles konszenzuson alapuló szakmai kommunikációs keretrendszer és intézkedési terv kidolgozása és megvalósítása járványügyi veszélyhelyzetben a lakosság közérthető, tudományos bizonyítékokon alapuló tájékoztatására.

- Pandémiás felkészülést segítő központi útmutatók és eszköztárak kifejlesztése intézmények és gazdálkodó szervezetek számára, a kritikus infrastruktúra esetében pedig a felkészülési tervek elkészítésének, rendszeres frissítésének elrendelése és a készség, valamint az interoperabilitás tesztelése felkészülési gyakorlatokkal.
- Korszerű, átfogó epidemiológiai felderítési (epidemic intelligence) és döntéstámogatási keretrendszer kidolgozása és megvalósítása korszerű informatikai támogató rendszerrel együtt.
- Járványügyi veszélyhelyzeti jelzésekről, eseményekről, fenyegetésekről és kockázatértékelésekről szóló magyar nyelvű, naprakész, rendszeres információnyújtás az érdekelt felek számára, valamint az ebben érdekelt felek, célcsoportok feltérképezése, információigényük felmérése és hatékony kommunikáció-vezérelt stakeholder-elérés megvalósítása.
- A pandémia és egyéb jelentős járványügyi események kapcsán leginkább sérülékeny/veszélyeztetett lakosság azonosítása, és ezen csoportok járványügyi veszélyekkel szembeni védelmét célzó megelőző intézkedések kidolgozása és végrehajtása az egyenlőtlenségek csökkentése érdekében, valamint a járványügyi veszélyhelyzetre történő felkészülésnek és reagálásnak e sérülékeny csoportok szükségleteihez történő igazítása.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- ENSZ SDG 3.3, 3.b és 3.d részcélok indikátorai;
- Globális egészségbiztonsági index járványügyi szempontból releváns indikátorai;
- EU EULabCap indikátorai;
- Az ECDC adatminőség monitoring és surveillance-rendszer értékelési útmutatójában foglalt indikátorok
- WHO NER kapacitás-indikátorok
- Életkorhoz kötött kötelező, valamint kiemelt önkéntes védőoltási (pl. influenza, COVID-19, HPV, pneumococcus) programok indikátorai (minimálisan az átoltottság, eredményesség, biztonságosság);
- WHO TBC indikátorok;
- UNAIDS HIV/AIDS indikátorai;
- WHO „Towards ending STIs” programjának indikátorai;
- WHO hepatitisz eliminációs program indikátorok;



- Az NNSR és az ECDC által koordinált egységes európai, az EÖF-ekre és az antimikrobiális szerfelhasználásra vonatkozó pontprevalencia-vizsgálat folyamat és eredményindikátorai.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság
- Kulturális és Innovációs Minisztérium Innovációért és Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet
- Országos Vérellátó Szolgálat
- Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal
- Klebelsberg Központ;
- Kormányhivatalok, önkormányzatok;
- Nemzetközi oltóközpontok;
- Fekvőbeteg-ellátó intézmények;
- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- Magyar Páciensek Kamarája;
- Házi orvosok Online Szervezete
- Magyar Védőnői Szolgálat;
- Releváns szakmai és tudományos társaságok;
- Tudományos Ismeretterjesztő Társulat, ismeretterjesztő szervezetek
- Hajléktalanok, szenvedélybetegek számára ellátást nyújtó civil és egyházi szervezetek
- Nyomtatott és elektronikus sajtó, média
- ECDC által működtetett EU szintű szakmai hálózatok (például European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network, ESAC-Net)
- Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Kutatás-fejlesztési tevékenységet tervező, illetve folytató intézmények (például Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal, NKFIH; EU Horizon 2020 kutatás-fejlesztési együttműködések, partnerek)
- Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium (RRF-2.3.1-21-2022-00006)

# Hatékony fellépés a kockázati egészségmagatartás-formák gyakoriságának csökkentése érdekében

## Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Közismert, hogy a kockázati egészségmagatartás-formák – azon túl, hogy közvetlenül is veszélyeztethetik az egészséget, mint például egyes kábítószeres használatok – számos krónikus nem fertőző betegség (pl. szív-érrendszeri betegségek, daganatos betegségek, cukorbetegség, stb.) kialakulásában meghatározó szerepet játszanak, és a fertőző betegségek kialakulásához is hozzájárulnak. Az egészségtelen életmód összetevőinek prevalenciája a magyar populációban igen magas, ráadásul a kockázati tényezők társulása egyének/csoportok esetében általános jelenség.

A **dohányzás** a legfontosabb elkerülhető kockázati tényező és a korai halálozás első számú oka az Európai Unióban, ahol évente mintegy 700000 korai halálesetért tehető felelőssé, többségében keringési, daganatos és krónikus légzőrendszeri betegségek következtében. A dohányzás rovására volt írható a magyar lakosság egészségvesztésének 14%-a (nőknél 10%, férfiaknál 18%) 2015-ben. A 2019-es Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) szerint a hazai felnőtt lakosság 24,9%-a napi rendszerességgel dohányzott (a férfiak 27,7%-a, a nők 22,3%-a), az alkalmi dohányosok aránya pedig 2,3% volt. Férfiaknál a 18–34 éves korosztályban a dohányzás prevalenciája 41,3% volt, középkorúaknál (35–64 év) 32,9%, idősebbeknél pedig 12,9%, nőknél pedig 18–34 év között: 32,2%, 35–64: 27,7% és 65+: 12,5%. A 2014 és 2019 közötti változások férfiak és nők körében teljesen másként alakultak: míg férfiaknál a két fiatalabb korosztályban enyhe, a 65 év felettiéknél pedig nagyon erős csökkenés (az utóbbi korcsoportban kevesebb, mint felére csökkent a dohányzás prevalenciája) volt látható, nőknél a fiatalabb korosztályokban enyhe, a 65 év felettiéknél pedig igen erős (majdnem kétszeres) prevalencia-növekedés történt. Az Eurostat adatai szerint a napi szinten dohányzók teljes népességben mért, már említett 24,9%-os arányával sokkal rosszabb helyzetben vagyunk, mint az EU27 országok lakosságának átlaga (19,2%); az uniós országok közül a magyarnál magasabb prevalenciát csak Bulgáriában és Görögországban mértek. Igen nagy különbségek mutatkoznak hazánkban az iskolai végzettség szerinti dohányzási gyakoriságokban, és jelentős regionális eltéréseket is találunk az ország északkeleti területeinek rovására. További aggodalomra ad okot, hogy már serdülők körében is meglehetősen magas a dohányzás prevalenciája. A Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) vizsgálat szerint 2018-ban a 15 éves fiúknak és lányoknak 39, illetve 44%-a már kipróbálta a dohányzást (ez a vizsgált 44 ország között a 6. legrosszabb adat), míg 13 éveseknél 14, illetve 13%, 11 éves korban pedig mindkét nemben 5%-uk tette ezt meg. A minden nap dohányzó 11-17 év közötti fiúk aránya 11,1%, a lányoké 10,1% volt.

A környezeti dohányfüst-expozíció jelentősége a nemdohányzók védelméről szóló törvény hatására egyes területeken csökkent, de továbbra is jelentős probléma az otthoni, illetve a gépkocsiban elszenvedett

expozió. A HBSC felmérés adatai szerint a megkérdezett gyerekek mintegy harmadának az édesanyja és hasonló arányban az édesapja dohányzik otthon naponta.

Közvetlen egészség hatásai mellett e káros szokás kedvezőtlenül befolyásolja a foglalkoztatást, növeli a munkából való hiányzást és csökkenti a termelékenységet.

Aggasztó a különböző alternatív dohánytermékek fogyasztási gyakoriságának növekedése. A Magyar Ifjúsági Dohányzás Felmérés adatai szerint 2020-ban a fiúknak 34, a lányoknak pedig 28%-a kipróbálta már az e-cigaretét (ez 2016-ban 25, illetve 21% volt). A dohánytermék gyártók ártalomcsökkentés címén intenzív kampányokat folytatnak az alternatív dohánytermékek fogyasztásának népszerűsítésére.

A **túlzott alkoholfogyasztás** az alkohollal szoros összefüggésben levő májbetegségeken (steatosis, májgyulladás, májsugor, májtumor) kívül más, a halálkockázati struktúrában jelentős részesedésű betegségeknek is erős kockázati tényezője (pl. magas vérnyomás, koszorúér-betegség, szélütés, cukorbetegség, számos daganat), illetve a mentális betegségek (pl. demencia) kialakulásában is lényeges szerepet játszik. Az OECD adatai szerint a 2018-as magyarországi 11,3 liter/fő/év alkoholfogyasztással (15 évesnél idősebbek körében, tiszta alkoholra számítva) az OECD országok között a felső harmadban helyezkedünk el (az OECD átlag kevesebb, mint 9 liter volt). A 2019-es ELEF vizsgálat adatai alapján a nagyívű férfiak aránya 9,3%, míg a nők 1,5% volt Magyarországon. A „WHO Global status report on alcohol and health 2018” alapján a 15 évnél idősebb lakosság körében a férfiak átlagosan 19,1 liter, a nők pedig 4,5 liter tömény alkoholt fogyasztottak egy évben fejenként. A súlyos, alkalmoszerű ivás (legalább 60 g tömény szesznek megfelelő alkoholos ital elfogyasztása legalább egyszer a megelőző 30 napon) gyakorisága férfiaknál az alkoholt fogyasztók 66,3%-ánál volt jelen, míg nők esetében 29,7%-uknál. Az alkoholbevitel 36%-a származott sörből, 32%-a borból és 32%-a tömény szeszes italokból, ami kifejezetten kedvezőtlen megoszlás (Olaszországban például ez rendre 25%, 65% és 10%). A megelőző 12 hónap alatt absztinensek aránya férfiaknál 20,1%, nőknél 45,2% volt.

Az alkoholos májbetegségek által okozott halálozás mértéke (2021-ben 3575 májbetegség okozta halálozás volt Magyarországon, amelyből 2883 alkoholos májbetegség miatt következett be) alapján feltételezhető, hogy a hazai alkoholfogyasztás még a hivatalos statisztikai adatok által mutatottnál is számottevően magasabb lehet.

A HBSC 2018 vizsgálat adatai szerint a 15 éves fiúknak és lányoknak egyaránt 51%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt 30 napban. Az életükben már legalább kétszer részeg 15 éves fiúk aránya 35%, a lányoké pedig 27% volt. A 15 éves fiúk 78%-a, a lányok 81%-a ivott más alkoholtartalmú italt életében, míg 11 éves korban az alkoholt már kipróbálók aránya 15%, illetve 30% volt.

A **kábítószerhasználat**, illetve **-függőség** az utóbbi évtizedekben egyre gyakoribbá vált Magyarországon. Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2019-es felmérés szerint a 18-64 éves korú népesség 7,9%-a használt már élete során valamilyen tiltott drogot (férfiak 11,4%, nők 4,8%). A növekvő tendenciát és a fiatalok veszélyeztetettségét mutatja, hogy az élettartam-prevalancia a 18-34 éves korosztályban 14% volt. Azok közül, akik a vizsgálatot megelőző évben fogyasztottak

kábítószert, 36,5% kétfélét, 20,1% pedig 3 vagy többféle drogot is fogyasztott. Az Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) 2019-es adatai alapján a 16 évesek 13,9%-a élt már valamilyen tiltott droggal. A leggyakoribb a cannabishasználat volt (12,6%), de egy százalékuk már heroint is használt.

A **táplálkozás** a nem fertőző betegségek több mint háromnegyedével szoros kapcsolatban van. Közép-Európában a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásáért mintegy 50%-ban táplálkozási tényezők felelősek, és ezek részben közvetlenül, részben közvetetten (pl. az elhízáson keresztül) a daganatos betegségek fontos kockázati tényezői is egyúttal.

A magyar felnőtt lakosság táplálkozásáról a 2019-es ELEF, illetve az ennek keretében végzett Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) eredményei alapján alkothatunk képet, a gyermekek táplálkozását illetően pedig többek között a HBSC felmérés szolgál adatokkal. A férfiak energiabevitele átlagosan 2774 kcal/nap, a nők pedig 2130 kcal/nap; és ahogy a túlsúlyos, valamint elhízott emberek aránya (túlsúlyos+elhízott férfiak: 77%, nők: 60%) is mutatja, ez meghaladja az energiafelhasználás alapján szükséges értéket. A makronutrienseket illetően a fehérjebevitel megfelelőnek tekinthető, a zsírbevitel viszont jelentősen meghaladja az ajánlottat. Férfiaknál az össz-energiabevitel 39%-a, míg nőknél 38%-a származott zsírokból, a hazai ajánlásban szereplő 30% helyett. Ugyancsak kedvezőtlen volt a zsírsavösszetétel is: a telített zsírsavak túlzott bevétele, illetve az  $\omega$ -3 sorozatú többszörösen telítetlen zsírsavak elégtelen fogyasztása volt jellemző (az  $\omega$ 6: $\omega$ 3 arány az ajánlásban szereplő 4:1 helyett férfiaknál 31:1, nőknél 28:1 volt). Az élelmi rostok bevétele a napi 25 g-os ajánlás alatt maradt (férfiak esetében 24,4 g, nők esetében 21,6 g), a koleszterinbevitel viszont magasabb volt a javasolt max. 300 mg-nál (36-64 éves korcsoportban 476 mg, ill. 379 mg). Többszörösen meghaladta az ajánlott napi 5 g-ot a sóbevitel (férfiak 16,1 g, nők 12,3 g). A helyzetet tovább rontotta, hogy a káliumbevitel viszont (férfiaknál alig 3 g felett, ill. nőknél 2,7 g) számottevően elmaradt a javasolttól (3,5 g). A 18-25 éves korosztályban a férfiak 62, a nők 63%-ának a kalciumbevétele alacsonyabb volt az ajánlottnál. A vitaminok közül a D-vitamin-bevitel nagyon alacsony volt, a folsav-, pantoténsav-, biotin- és B<sub>12</sub>-vitamin-bevitel szintén elmaradt az ajánlottól. A romák körében elvégzett vizsgálat a táplálkozási ajánlásoktól való eltérést körükben szignifikánsan kedvezőtlenebbnek mutatja be.

Ha nem tápanyagok, hanem az elfogyasztott élelmiszerek szintjén vizsgáljuk a táplálkozás jellegzetességeit, akkor mindenképp a kelleténél alacsonyabb zöldség-gyümölcs fogyasztást kell kiemelni (csak a 65 évesnél idősebb nők esetén érte el a javasolt napi 400 grammot).

A gyerekek, serdülők táplálkozása is számos egészségtelen vonást mutatott. A gyümölcsöt naponta fogyasztók aránya 11 éves kortól 15 éves korig folyamatosan csökkent, az utóbbiak körében fiúknál 24%, míg a lányoknál 27% volt. Hasonló tendencia és értékek (15 évesen 25 és 26%) jellemezték a zöldségfélék fogyasztását is.

A **fizikai inaktivitás** részben az elhízás kialakulásán, részben közvetlen mechanizmusokon keresztül felelős számos betegség kockázatának jelentős emelkedéséért. A 2019-es ELEF felmérés szerint a

munkatevékenység (nem dolgozók esetén a házimunka, tanulás) során a munkájukat ülve végzők aránya a 2014-es 36%-ról 40%-ra nőtt. A szabadidős mozgás- vagy sporttevékenység messze elmarad az optimálisnak tekinthető szinttől: a felnőtt lakosság 59%-a napi 10 percnél kevesebbet sportol, és csak a férfiak 35, a nők 29%-a fejt ki szabad idejében az ajánlásoknak megfelelően legalább heti 150 perc közepes fizikai aktivitást. Még ha a munkavégzés kapcsán történő fizikai aktivitást is figyelembe vesszük, a férfiak 31, a nők 38% akkor is alatta marad a javasoltnak. Még kevesebben (a férfiak 26, a nők 21%-a) teljesítik a heti kétszeri izomerősítő gyakorlatokat előíró ajánlást. A lakosság 64%-a nem kerékpározik rendszeresen, 55%-a pedig napi fél óránál kevesebbet gyalogol. 2021-ben Magyarországon a férfiak átlagosan naponta 4 óra 53 percet, a nők pedig 5 óra 30 percet töltöttek a televízió előtt.

A 2018-as HBSC felmérés alapján, a WHO ajánlásokkal összevetve, a helyzet a gyerekeknél, serdülőknél is rossz. A 11, 13 és 15 éves fiúk 31, 20 és 18%-a, a lányok 24, 15 és 11%-a teljesíti a napi legalább 1 óra, legalább közepes mértékű fizikai aktivitást javasoló ajánlásokat. A heti legalább 4 alkalommal intenzív fizikai aktivitást kifejtő fiúk aránya 62%, 50% és 40%, a lányoknál pedig 49%, 35% és 27%.

Az utóbbi években egyértelműen bebizonyosodott, hogy az **alvászavarok** számottevően fokozzák egyes krónikus betegségek (különösen az elhízás, magasvérnyomás-betegség, koszorúér-betegség) kockázatát. Mivel ezzel sokkal kevesebben vannak tisztában, mint pl. a dohányzás vagy az egészségtelen táplálkozás káros hatásaival, ezért nem fordítanak figyelmet a megfelelő időtartamú és minőségű alvásra, illetve az alvászavarok kapcsán ritkábban fordulnak orvoshoz. Hazai reprezentatív vizsgálat adatai alapján a népesség 47%-a számolt be alvással kapcsolatos problémáról, elsősorban elalvási nehézségekről (22%), átalvási problémákról (31%), túl korai ébredésről (26%) vagy nem pihentető alvásról (24%). A tünetek súlyossága 9,2%-ban felelt meg a klinikai **inszomniának**. Gyakori volt az **alvásdepriváció** is, ami a 25 év alatti korosztályban 20%-ot ért el. Az **obstruktív apnoé**, amely több vizsgálat szerint a következményes kialvatlanság miatt a közlekedési balesetek bekövetkezésében az alkoholfogyasztásnál is nagyobb szerepet játszik, a magyar népesség mintegy 3%-ában fordul elő közepes vagy súlyos formában.

A fentiekén kívül még számos, egészséget veszélyeztető magatartásforma és szokás ismeretes (pl. játékfüggőség, helytelen testtartás, nem megfelelő stresszkezelési módszerek), amelyeknek pontos hazai prevalenciáját nem minden esetben ismerjük, de a rendelkezésre álló hazai és külföldi adatok szerint előfordulásuk számottevő lehet.

## **Fő célkitűzés**

Az egészséges életmód elterjedésének támogatása a teljes népesség körében.

## Konkrét célkitűzések

- A dohányzás prevalenciájának 10%-kal való csökkentése a felnőttek körében.
- A gyermekkori dohányzás prevalenciájának csökkentése legalább 15%-kal.
- A dohányzást 14 éves korban vagy fiatalabban kipróbálók arányának csökkentése legalább 15%-kal.
- Az otthon és gépkocsiban passzív dohányzást elszenvedők arányának és a passzív dohányzás időtartamának csökkentése.
- A sohasem dohányzott és a tartósan nem dohányzó (legalább 10 éve leszokott) lakosság arányának emelése legalább 5%-kal.
- A dohányzás társadalmi elfogadottságának csökkentése.
- A felnőttkori alkoholfogyasztás prevalenciájának, mértékének csökkentése és összetételének megváltoztatása (9,5 liter/fő/év célérték, a tömény szeszes italok arányának 25% alá csökkentése, súlyos alkalmoszerű ivási epizódok számának 10%-kal való csökkentése).
- A gyermekkori alkoholfogyasztás prevalenciájának csökkentése és az első fogyasztáshoz rendelhető életkor emelése (a heti, ill. havi szintű fogyasztás prevalenciájának 10%-kal való csökkentése a tanulók körében).
- Az alkoholfogyasztással összefüggő balesetek számának csökkentése legalább 15%-kal.
- Az illegális szerhasználat prevalenciájának 10%-os csökkentése.
- A tiltott drogokat kipróbálók arányának 10%-os csökkentése (16 évesek körében mérve).
- Az elalvással, fáradtsággal kapcsolatos balesetek számának 10%-os csökkentése.
- Az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek terjesztése, az attitűdök megváltoztatása (minőségbiztosítás a programok végrehajtásánál).
- Az anyatejes táplálás/szoptatás fontosságának tudatosítása.
- A néptáplálkozási szokások kedvező irányú változtatása (energiabevitel 5%-os csökkentése, zsírbevitel 30 E% alá szorítása, a telített zsírokból származó energia 15%-kal való csökkentése, a napi 25 g-os ajánlott élelmirostok-bevitel elérése, koleszterinbevitel 10%-os csökkentése, zöldség-gyümölcs fogyasztás terén a 400 g/nap ajánlás elérése, a sófogyasztás csökkentése férfiaknál napi 13, nőknél napi 10 g-ra vagy az alá, tej- és tejtermék-fogyasztás csökkenő tendenciájának megállítása és a fogyasztás 10%-os növelése, a 6 hónapos korig kizárólag anyatejjel táplált csecsemők arányának 10%-os növelése).
- A közétkeztetésben az érvényes rendelet betartatása mellett az egészségmegőrzést segítő ételek elfogadtatása, fogyasztásuk rendszeressé válásának elérése.
- Az egészséges táplálkozást elősegítő gazdasági környezet kialakítása (az agráripar, élelmiszeripar és a kereskedelem terén; adók és támogatások rendszerével).

- A határérték feletti koleszterinszinttel élők arányának 15%-os csökkentése.
- A túlsúly/elhízás prevalenciájának 10%-kal való csökkentése felnőttek és gyermekek körében egyaránt.
- A fizikai aktivitás fokozása felnőtteknél és gyerekeknél egyaránt, elsősorban a szabadidős és sporttevékenység fokozásával (felnőtteknél a napi legalább 10 percet sportolók és az izomerősítő gyakorlatokat végzők arányának emelése 10%-kal, az ajánlott heti legalább 150 perc közepes fizikai aktivitást végzők arányának növelése legalább 10%-kal).
- Az élsport mellett a tömegsport feltételeinek, anyagi támogatásának jelentős javítása.
- Az iskolai mindennapos testnevelés gyakorlatának követése, feltételrendszerének fejlesztése (termek, pályák, mozgási lehetőségek fejlesztése, illetve a pedagógusok képzése).

### **Javasolt intervenciók – Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A kockázati tényezők prevalenciájának csökkentésére irányuló preventív programok végrehajtása különböző szintereken (közoktatási intézmények, lakóhely, munkahely, egyéb) és csoportokban (pl. túlsúlyosak számára).
- Az egészség szempontjainak érvényesítése a településfejlesztésben.
- Komplex egészségfejlesztési programok különböző szintereken.
- Az egészségműveltség fejlesztése.
- Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) központi szakmai irányításának és minőségbiztosításának erősítése.
- Hazai reprezentatív vizsgálatok végzése azokra a rizikófaktorokra/rizikómagatartásokra vonatkozóan, amelyeknél nincsenek megbízható és friss adatok a prevalenciáról és a változások követése.
- Célzott, folyamatos és kampányjellegű felvilágosító tevékenység, amely kiterjed a fontos, de kevésbé ismert vagy az általános népességben kevésbé lényegesnek tartott rizikótényezőkre (pl. alvászavarok) is.
- A teljes körű intézményi/iskolai egészségfejlesztés (TIE) négy egészségfejlesztési alaptevékenységének (az egészséges táplálkozás, a mindennapos testnevelés és egyéb testmozgás, a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek és a művészetek alkalmazása, valamint az egészségismeretek készséggé váló átadása) minél hatékonyabb segítése egészségfejlesztő szakemberek képzésével és alkalmazásával.
- A célcsoportokra szabott (sérülékeny társadalmi csoportok, fiatalok, közalkalmazottak), viselkedésorientált, a dohányzásra való rászokást megelőző és a leszokást segítő egészségnevelési tevékenység intenzívebbé tétele.

- Mozgásprogramok, rendezvények szervezése.
- Az e-health eszközeinek alkalmazása, különös tekintettel a félrevezető, hamis információk elleni küzdelemre.
- Kortársoktatási programok támogatása.
- A WHO Dohányzásellenes Keretegyezményének megfelelően az MPOWER intézkedéscsomag cselekvési területeihez kapcsolódó intervenciók hatékonyságának erősítése *nemzeti dohányzásellenes stratégia* keretében.
- A dohányzásról való leszokás támogatásának erősítése az alapellátásban és a szakellátásban. A leszokástámogatás, minimális intervenció teljesítményértékelési kritériumként való figyelembevétele az alapellátásban és a járóbeteg- valamint kórházi szakellátásban is.
- Az alternatív dohánytermékek egészségi hatásaival foglalkozó kutatások nyomon követése, és az eredmények alapján szükség esetén a dohányzásellenes stratégia felülvizsgálata. Hatékony jogalkotás és ismeretterjesztés az ártalomcsökkentés címén az alternatív dohánytermékekre való rászokást elősegítő tevékenységek megakadályozására.
- A dohányzásról való leszokást támogató intézményrendszer, leszokás támogató ambulanciák létrehozása.
- Az obesitas-minimálintervenció széles körű alkalmazásának támogatása és teljesítményértékelési kritériumként való bevezetése.
- A lejárt 2013-2020-as Nemzeti Drogellenes Stratégia pótlására hasonló átfogó stratégia kidolgozása, az EU 2021-25 Drogellenes Stratégia figyelembevételével.
- A Jelenlét program addiktológiai aspektusainak további településekre való kiterjesztése az eddigi tapasztalatok alapján.
- Az EFI-k drogprevenciós tevékenységének fejlesztése.
- Az alapellátás nagyobb mértékű bevonása a prevenciós feladatokba (az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram tapasztalatai alapján), személyi feltételek javítása az alapellátásban.
- A Megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosok egészségfejlesztési, betegségmegelőzési tevékenységének (önállóan vagy pl. a praxisközösségekben) elősegítése, programokba történő szervezett bevonása, és az ehhez szükséges jogi és finanszírozási keretek megteremtése.
- Az étellemezzel kapcsolatos gazdasági ösztönzők áttekintése és felülvizsgálata háromévenként.
- Dietetikai és életmód-tanácsadási programok, konzultációs lehetőségek biztosítása és a lakossági igény felkeltése.
- A médiával való hatékony együttműködés és kommunikáció.
- A közétkeztetés anyagi feltételrendszerének javítása.
- Az egészséges életmód választására felkészítő életmód-tanácsadó szakemberek képzése.
- Önszegítő csoportok létrehozásának támogatása.



## **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Dohányzók, alkohol- és drogfogyasztók aránya, táplálkozási szokások, elhízottak aránya, fizikai aktivitás (ELEF, OTÁP, HBSC, COSI). Kiemelten: a dohányzás prevalenciája 15 éves és annál idősebbek körében; egy főre jutó alkoholfogyasztás egy naptári éven belül a 15 éves és annál idősebb népesség körében; az elégtelen, azaz napi 60 percnél kevesebb közepes és intenzív fizikai aktivitást végző serdülők prevalenciája; a túlsúly és elhízás prevalenciája nemenkénti és korcsoportos bontásban.
- A rizikófaktorokkal kapcsolatos prevenciók tartalma, száma (intézményi, szervezeti beszámolók), résztvevők száma, eredményességük monitorozása.
- Egészségfejlesztési programok tartalma, száma (intézményi, szervezeti beszámolók), résztvevők száma, eredményességük monitorozása.
- A dohányzásról való leszokást elősegítő intervenciók száma az alapellátásban és a szakellátásban.
- A dohányzásról való leszokást támogató intézményrendszer létrejötte.
- A nem dohányzók aránya a közvetlen betegellátásban és a köznevelésben dolgozók körében.
- Dietetikus szolgáltatások száma és azok igénybevétele.
- Életmód-tanácsadói szolgáltatások száma és azok igénybevétele.
- Közlekedési baleseti és szabálysértési statisztikák.
- Alkohol- és dohányzással kapcsolatos betegségek morbiditása, mortalitása.
- Közétkeztetés: célzott, reprezentatív vizsgálatok (minőség, igénybevétel, elégedettség).
- Kerékpárutak hosszúsága, uszodák száma, sportolásra alkalmas szabadon hozzáférhető eszközök és pályák száma.
- Laboratóriumi markerek (koleszterinszint, lipidparaméterek, éhomi vércukorszint) változása.
- Médiafigyelés: az egészséges életmóddal foglalkozó, tartalmában megfelelő cikkek, műsorok száma, időtartama.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium (kiemelten az Egészségügyi Államtitkárság)
- Pénzügyminisztérium
- Innovációs és Technológiai Minisztérium
- Agrárminisztérium
- Igazságügyi Minisztérium
- Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai és osztályai
- Országos Kórházi Főigazgatóság

- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Egyetemek orvostudományi, egészségtudományi, illetve népegészségügyi és fogorvostudományi karai, intézetei
- Sporttudományi képzést (is) folytató felsőoktatási intézmények érintett karai
- Közoktatási intézmények
- Országos intézetek, intézmények (pl. Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, Országos Gerincgyógyászati Központ)
- Házi orvosok
- Praxisközösségek, beleértve az ott szolgáltatást nyújtó szakdolgozókat (pl. dietetikus, gyógytornász)
- Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatai
- Szakmai társaságok (pl. Magyar Elhízástudományi Társaság, Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság, Magyar Táplálkozástudományi Társaság, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete)
- Egészségfejlesztési Irodák
- Drogambulanciák
- Önkormányzatok
- Civil szervezetek
- Élelmiszergyártók és -kereskedők
- Vendéglátásban, közétkeztetésben közreműködők
- Média
- Foglalkozásegészségügyi szolgálatok, illetve szolgáltatók
- Munkahelyek

# A BETEGSÉGTEHER MÉRSÉKLÉSE



### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Napjainkban a szív-érrendszeri betegségek elsődleges meghatározói mind a morbiditási mind a mortalitási viszonyoknak. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint, 2019-ben globálisan a halálozás 32%-a, 18,6 millió haláleset szív-érrendszeri betegségek miatt következett be. Az ischaemiás szívbetegség volt a leggyakoribb halálok (16,2%), ami 9,14 millió ember halálát okozta, míg második a haláloki rangsorban a stroke (11,6%), ami 6,55 millió ember haláláért volt felelős.

Magyarországon 2021-ben az összhálózás legnagyobb részét a keringési rendszer betegségei tették ki (42,3%), ezt követte a daganatos betegségek okozta halálozás (20,2%) és a COVID19 miatt bekövetkezett halálozás (16,0%). 2019-ben a keringési rendszer betegségei okozta korai hazai halálozás két és félszerese, a daganatoké több mint másfélszerese volt az EU27-országok lakossága korai halálozás átlagának. A szív-érrendszeri betegségeknek meghatározó szerepe van az elvesztett egészséges életevek (Disability-Adjusted Life Years, DALY) alakulásában. A fejlett országokban (World Bank high income countries) 2019-ben a DALY 85%-áért a krónikus nem fertőző betegségek – 16% kardiovaszkuláris betegségek, 18% daganatok és 7% mentális problémák – tehetők felelőssé. 2019-ben Magyarországon az elvesztett egészséges életevek (DALY) száma 3,7 millió volt, ennek 28%-áért a keringési rendszer betegségei voltak a felelősek, ezen belül az egészségveszteségek több mint feléért az ischaemiás szívbetegségek, míg egynegyedéért az agyérbetegségek (stroke) felelnek. Hazánkban a 65 éves kor előtt bekövetkező halálozások kétharmadát a daganatos betegségek és a keringési rendszer betegségei okozzák. 2019-ben a nők összes halálozásának 14%-át kitevő korai halálozás tekintetében az első helyen a daganatok (43%), a második helyen a keringési rendszer betegségei (23%) álltak. A férfiak összes halálozásának 30%-át tette ki a korai halálozás, az első helyen a keringési rendszer betegségei (33%), a második helyen a daganatos betegségek (31%) szerepeltek.

A krónikus nem fertőző betegségek hátterében több, jól ismert életmódbeli (dohányzás, fizikai inaktivitás, egészségtelen táplálkozás, túlzott alkoholfogyasztás, elhízás) és biológiai [vérzsírszint-eltérés (dyslipidaemia), magas vérnyomás, inzulinrezisztencia] tényező, befolyásolható rizikófaktor azonosítható. A felnőtt lakosság körében az egészséges életév veszteség döntő többségét, világszerte több mint 8 millió halálozást, a dohányzás okozza. A WHO adatai szerint a fizikai inaktivitás évente közel 1 millió, az egészségtelen táplálkozás (kiemelten a túlzott sófogyasztás) pedig 1,8 millió ember haláláért tehető felelőssé a világon. A GBD 2019 adatai szerint Magyarországon a szív és érrendszeri betegségek esetében a legnagyobb egészségveszteséget okozó kockázati tényező a magas vérnyomás, ezt követi az egészségtelen táplálkozás, a magas testtömegindex, az emelkedett LDL koleszterin- és vércukorszintekben megnyilvánuló zsír- és szénhidrátanyagcsere-zavar, a dohányzás és a légszennyezés. A táplálkozási kockázati tényezők között legjelentősebb a magas sóbevitel, ezt követi az alacsony

teljeskiőrlésű gabona és hüvelyes fogyasztás, kevés olajos mag, valamint zöldség és gyümölcsbevitel, továbbá a túlzott vörös hús és feldolgozott húskészítmény fogyasztása.

A WHO adatai szerint (NCDs country profiles 2018) a nem-fertőző betegségek okozta korai halálozás kockázata a 30-70 év közötti magyar férfiaknál 31%, a nőknél 16% volt. Az NCD kockázati tényezők a magyar felnőtt populációban a következő mutatókkal jellemezhetők: a felnőttek között a dohányzás prevalenciája 28%, a túlzott alkoholfogyasztás 11%, az elhízás 29%, a fizikai inaktivitás 41%, az átlagos sóbevitel 11g/nap, a magasvérnyomás előfordulása 37%, a cukorbetegség 10%.

A kardiometabolikus betegségek szűrése Magyarországon nem kellő rendszerességgel történik, annak ellenére, hogy a megfelelő gyakorisággal végzett hipertónia-, cukorbetegség- és zsíryanagcsere-szűrés bizonyítottan hatékony beavatkozások. Az ELEF2014 adatai alapján végzett becslés szerint évente 1,87 millió vérnyomásszűrés, 2,17 millió vércukorszint-ellenőrzés és 3,17 millió koleszterinszint-meghatározás marad el. A szűrések elmaradása, illetve a lehetségesnél későbbi stádiumban megkezdett gondozási tevékenység biztosan és jelentős mértékben járul hozzá a rendkívül kedvezőtlen hazai szív-érrendszeri halálozási helyzetéhez. A The European Society of Cardiology (ESC) ajánlása szerint az szívizominfarktus korai diagnózisa, a prehospitalis ellátás és a revaszkularizációs kezelés között eltelt idő jelentősen befolyásolja a betegség mortalitását. Az ajánlásnak megfelelően 2014 óta 60 percen belül elérhető egy szívkatéteres laboratórium Magyarország bármely pontjáról. Az akut szívizominfarktust követő 30, 90 és 365 napon belüli halálozási arányok országos csökkenő trendje mellett is lényeges területi különbségek tapasztalhatók. A területi egyenlőtlenségek a betegpopuláció társadalmi-gazdasági helyzetével, a beteg-együttműködés eltérő mértékével, valamint a kórházi ellátást követő további ellátáshoz való hozzáférés különbségeivel magyarázható. A kardiológiai rehabilitációnak meghatározó szerepe van a szívizominfarktuson átesett betegek jövőbeli életminőségének javításában és társadalmi, gazdasági aktivitásának visszaállításában. Magyarországon az akut szívizominfarktust követően a rehabilitáción résztvevők aránya nagyon alacsony, a 2014-2017 közötti periódusban a NEAK adatai szerint ez mindössze 6,6-7,6% volt. A kardiológiai rehabilitációra kerülő betegek aránya, az aktív szívizominfarktusos eseményt követően 90 napon belül rehabilitált betegeknél az akut esemény (akut ellátás vége) és a rehabilitáció kezdete között átlagosan eltelt idő, valamint a fekvőbeteg-rehabilitáció ágyszáma tekintetében jelentős területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg. A területi különbségek valószínűsíthető okai lehetnek: a beutalási gyakorlat, a megfelelő protokollok vagy a kezelőorvos prevenciósz szemléletének hiányosságai, ugyanakkor itt is fontos tényező a betegpopuláció társadalmi-gazdasági státusza, a beteg-együttműködés kifogásolható volta és a kardiológiai rehabilitációhoz való hozzáférés korlátozottsága.

## **Fő célkitűzés**

A szív- és érrendszeri betegségek megelőzésére irányuló primer prevenciós szolgáltatások, valamint a szűrővizsgálatok rendszeres, hatékony alkalmazásával és a harmadlagos prevenció (rehabilitációs tevékenység) fejlesztésével és a hozzáférhetőség javításával a szív-érrendszeri betegségek okozta korai halálozással járó egészségveszteségek jelentős mértékű csökkentése, ezáltal a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött évek számának növelése, a lakosság egészségi állapotának javítása.

## **Konkrét célkitűzések**

A célkitűzések a rizikóállapotok és a kedvezőtlen betegség kimenetel gyakoriságának csökkentésére irányulnak. A célkitűzések összhangban vannak a WHO 2013-2030 Nem-fertőző krónikus betegségek megelőzése és kontroll programja indikátoraiival.

- Koszorúér-betegség okozta korai halálozás csökkentése 2030-ig 33%-kal.
- Stroke okozta korai halálozás csökkentése 10%-kal.
- Szélütések miatti maradandó károsodások gyakoriságának csökkentése 15%-kal.
- Cukorbetegség és elhízás növekvő gyakoriságának megállítása.
- Akut szívizominfarktust követő 30/90/365 napon belüli halálozás mértékének csökkentése.
- Akut szív-érrendszeri betegségek ellátásának mielőbbi megkezdése, az akut ellátás vége és a rehabilitáció megkezdése között eltelt idő csökkentése.
- Egészséges táplálkozás elősegítése. A napi sófogyasztás mértékének 40%-kal történő csökkentése.
- Rendszeres testmozgást végzők számának és a fizikai aktivitással töltött időtartam növelése 10%-kal. A fizikailag inaktívak arányának 15%-kal történő csökkentése
- A dohányzás gyakoriságának 40%-kal, a túlzott alkoholfogyasztás gyakoriságának 20%-kal való csökkentése.
- Cukorbetegség szűrésének és kezelésének javítása.
- Emelkedett koleszterin- és trigliceridszint, csökkent HDL-koleszterin-szint szűrésének és kezelésének javítása.
- Magas vérnyomás prevalenciájának 33%-os csökkentése, a betegség szűrésének és kezelésének javítása.
- Preventív gyógyszeres kezelésben részesülők számának növelése.

## Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások

- A kockázati tényezők időben történő felismerése, előfordulási gyakoriságuk hatékony csökkentése, esetleg eliminálásuk érdekében rendszeres szűrővizsgálatok végzése
- Az alapellátás szintjén végzett egészségi állapot felmérések, kardiometabolikus szűrések, rizikóbecslések, a preventív jellegű szolgáltatások hatékony megszervezése, biztosítása, „kapuóri” szerepének megerősítése, valamint a szakellátással történő optimális együttműködés kialakítása, amely kiterjed a kockázati tényezők/állapotok szűrésére, a hazai és nemzetközi irányelvek szerinti optimális gyógyszeres kezelésre, életmód-változtatásra és a rehabilitációra egyaránt. Az eseti/alkalmi jellegű primer és szekunder prevenciós tevékenység hatékonyságának javítása.
- A szűrővizsgálatok célzott, motiváló finanszírozása.
- A szűrések dokumentációjának, jelentési és monitoring rendszerének kiépítése.
- Népegészségügyi szakemberek bevonása az alapellátásba az átszűrtség mértékének növelése érdekében.
- A meglévő betegség-specifikus regiszterek (Magyar Hipertónia Regiszter, Nemzeti Szívinfarktus Regiszter) fejlesztése a kezelést és a túlélést befolyásoló tényezőkre fókuszálva.
- Otthoni vérnyomás monitorozás a kezelt hypertonia hosszútávú utánkövetésére

## Előrehaladás, megvalósulás monitorozása

A hazai gyakorlatban korábban is alkalmazott háziorvosi törzskarton népegészségügyi szemléletű továbbfejlesztésével olyan korszerű eszközként szolgálhat, amely segíti a lakosság egészségi állapotának monitorozását, a prevenciós szolgáltatások igénybevételének és a háziorvosi preventív szolgáltatások eredményességének értékelését, valamint az alapellátás szintjén történő beavatkozások hatékonyságának mérését.

A 28/2017 (X. 25) EMMI rendeletbe foglaltak szerint a háromévente frissített törzskarton adataiból származtatott folyamatindikátorokkal jellemezhető:

- a lakosság kardiometabolikus veszélyeztetettségének mértéke és a megelőzést célzó intervenciók gyakorisága (átszűrtek aránya, túlsúlyosak és elhízottak aránya, preventív gyógyszeres terápiában részesülők aránya, magasvérnyomás- és cukorbetegség-szűrésen részt vettek aránya, dohányzástól való leszokást támogató minimális intervencióban részesültek aránya);
- az optimalizált szakellátással történő együttműködés eredményessége (a koszorúér-betegség, a stroke okozta korai halálozás aránya, az akut szívizominfarktust követő 30/90/365 napon belüli halálozási arány, az akut ellátás vége és a rehabilitáció megkezdése között eltelt időtartam).

## **A beavatkozások hatékonyságának értékelésére alkalmas indikátorok**

- Koszorúér-betegség okozta korai halálozás arányszáma.
- Stroke okozta korai halálozás arányszáma.
- Akut szívizominfarktust követő 30/90/365 napon belüli halálozási arány.
- Akut szív-érrendszeri betegség ellátásának vége és a rehabilitáció megkezdése között eltelt időtartam.
- SCORE-érték számításához szükséges adatok közül meglévők aránya.
- Átszűrtek aránya (magas vérnyomás, cukorbetegség, magas vérzsírszint).
- A gondozott betegeknél a különböző rizikófaktorok (összkoleszterin-, HDL-koleszterin-, LDL-koleszterin-, triglicerid- és éhomi vércukorszint, vérnyomás, BMI) esetében a célértékek elérésének aránya.

## **Az életmód-változtatást célzó beavatkozások eredményességét jelző indikátorok**

- Túlsúlyosak/elhízottak aránya.
- Napi rendszerességgel dohányzók aránya.
- Dohányzásleszokást támogató minimálintervencióban részesültek aránya.
- WHO által ajánlott mértékű testmozgást végzők aránya.
- Túlzott mértékben alkoholt fogyasztók aránya.
- Kóros koleszterin-, vérnyomás- és éhomi vércukorszinttel élők aránya.
- Preventív gyógyszeres kezelésben részesülők aránya.
- Cukorbetegség szűrésének és kezelésének aránya.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium: Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság és háttérintézményeik
- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Kardiológiai Társaság
- Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság
- Országos Kardiovaszkuláris Intézet
- Magyar Hypertónia Társaság
- Magyar Diabetes Társaság
- Háziorvosok Országos Egyesülete
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége



- Magyar Szabadidősport Szövetség
- Magyar Táplálkozástudományi Társaság
- Magyar Elhízástudományi Társaság
- Önkormányzatok
- Közoktatási intézmények
- Iskola-egészségügyi szolgálat
- Védőnők
- Munkahelyek
- Foglalkozás-egészségügyi szolgálatok
- Egészségfejlesztési irodák
- Egészségfejlesztéssel foglalkozó civil szervezetek
- Média
- Alapellátáson belüli, illetve a szakellátással történő együttműködés
- Praxisközösségek
- Csoportpraxisok
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei

### Helyzetelemzés/helyzetértékelés

A fejlett országok többségében a daganatok képezik a második leggyakoribb halálokot, de a korai (idő előtti) halálozás és az ennek következtében elveszített egészséges életevek tekintetében a daganatos betegségek a vezető helyen állnak, így Magyarországon is.

Magyarországon évente közel 100000 új daganatos megbetegedéssel számolhatunk, a halálozások száma pedig 31000 – 32000 körül van. Az Eurostat és a Global Cancer Observatory (GCO) adatai szerint az Európai Unió (EU) tagállamai közül 2019-ben hazánkban volt a legmagasabb a daganatos betegségek okozta korai halálozás. A GCO 2020-as adatai alapján tüdőrák okozta halálozás terén férfiaknál és nőknél is az első helyen állunk az Unióban (s a „világranglistán” is), a vastag- és végbéldaganatok okozta halálozást tekintve pedig mindkét nem esetében a második helyen vagyunk. A teljes népességre vonatkoztatott szájuégi daganatos halálozásban első helyen állunk az Unió országai között, az incidenciát és a mortalitást illetően is. A női emlőrák okozta halálozást tekintve Magyarország az ötödik legrosszabb helyzetben van az EU-n belül, pedig a viszonylag alacsony incidenciájú uniós országok közé tartozunk. A WHO 2019-es, globális, standardizált mortalitási adatai (WHO Mortality Database) alapján a daganatos betegségek okozta halálozás tekintetében Magyarország a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő ország, férfiak és nők tekintetében is. A már említett daganattípusokon kívül Magyarország első helyen áll a hasnyálmirigy- által okozott halálozások sorrendjében.

A hazai össz-daganatos halálozás az utóbbi öt-tíz évben ugyan enyhe csökkenést mutatott, de több daganatnál a mortalitás növekedett (például nők esetében a hasnyálmirigy-daganatok, emlőrák és a tüdőrák, férfiaknál pedig a prosztaták, illetve mindkét nemben a húgyhólyag-tumorok esetében) vagy stagnált (például férfiaknál a vastag- és végbéldaganatok, mindkét nemben a májtumorok esetében).

A daganatos betegségek okozta korai halálozás relatív kockázata a legfejlettebb (EU15) EU-tagországok átlagához viszonyítva az elmúlt évtizedekben (gyakorlatilag 1980 óta) szinte minden daganatos betegség esetében tovább emelkedett. Napjainkban a daganatos betegségek okozta korai halálozás kockázata az EU15-országokban élők kockázatának kétszerese (az EU-27 országokat tekintve pedig azok átlagának 1,6-szorosa).

A daganatok kialakulásában szerepet játszó legfontosabb kockázati tényezők a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, az elégtelen fizikai aktivitás, a túlzott alkoholfogyasztás és egyes fertőzések. Az elemzések szerint a daganatos megbetegedések 42%-a, míg a daganatos halálozások 45,1%-a tudható be az alábbi kockázati tényezők valamelyikének, de még inkább kombinációjának: dohányzás (aktív és passzív), túlsúly/elhízás, fizikai inaktivitás, túlzott alkoholfogyasztás, elégtelen zöldség-gyümölcs fogyasztás, alacsony élelmirost-bevitel, feldolgozott húskészítmények fogyasztása, vörös húsok

fogyasztása, elégtelen kalciumbevitel, UV-sugár-expozíció, illetve *Helicobacter pylori*-, HPV-, HBV-, HCV-, HIV- és HHV8-fertőzések.

A COVID-19 pandémia kapcsán kedvezőtlen irányba változott több daganatos kockázati tényező prevalenciája, és a daganatos betegek diagnosztizálásának, ellátásának, gondozásának területén is komoly kihívásokkal kellett szembenézni, és a legutóbbi évek daganatos halálozási trendjei is fenntartásokkal értékelhetők a COVID-okozta halálozások hatása miatt.

Számos daganat tekintetében Magyarországon az incidencia nagyon magas, több daganatnál viszont hazánk a halálozások tekintetében az EU- és az OECD-statisztikák alapján is rosszabb helyzetben van, mint azt az új daganatos megbetegedések előfordulási gyakorisága indokolná. A Nemzeti Népegészségügyi Program legfontosabb prioritása – többek között a fenntarthatóság okán is – a daganatos betegségek prevenciója, valamint a magas halálozási mutatók mögött kimutatható méltánytalan térségi és társadalmi egyenlőtlenségek megszüntetése kell, hogy legyen.

Az onkológiai ellátást illetően az intézményi és személyi feltételek alapvetően rendelkezésre állnak, mindazonáltal ezek folyamatos fejlesztése szükséges az Országos Onkológiai Intézet szakmai iránymutatása alapján. A diagnosztika terén komoly előrelépés volt az úgynevezett 14 napos szabály bevezetése (daganatos betegség gyanúja esetén a diagnosztikus képalkotó vizsgálatoknak 14 napon belül meg kell történnie), illetve a Fővárosi Önkormányzattal való együttműködésben Budapesten még rövidebb a várakozási idő (a betegek 10 napon belül meg kell, hogy kapják a képalkotó vizsgálat eredményét). A szekunder prevenció területén mérföldkő a szervezett vastagbélvizsgálat 2018-as elindulása a programhoz önként csatlakozó háziorvosokkal, illetve a HUNCHEST 2 kiterjesztett modellvizsgálat az alacsony dóziszú CT-vel végzett tüdőrákszűrést követő betegutak vizsgálatára, bár szervezett formában az országos kiterjesztés elmaradása esetén ezek az intézkedések is csak a korábban már folytatás nélkül maradt pilot projektek számát szaporítják.

A terápiás infrastruktúrával ellentétben a daganatmegelőzés intézményi/személyi feltételei jelentősen elmaradnak a kívánatostól, és sürgősen jelentős fejlesztésre szorulnak. A fő kockázati tényezőkre fókuszáló prevenció programok, illetve komplex egészségfejlesztési programok széles körű végrehajtásának nincsenek meg a feltételei. Egyelőre a korlátozott kapacitások miatt a gyógyító ellátás keretében néhány kivételtől (pl. dohányzással kapcsolatos minimálintervenció) eltekintve nem zajlik igazán hatékony primer prevenció tevékenység, illetve a hazai kórházak esetében a külföldön nem ritka közösségépítési tevékenységek lényegében nem léteznek. Intézményes, szisztematikus prevenció tevékenységre, egészségfejlesztésre széles körben az Egészségfejlesztési Irodáknak (EFI), a Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályainak, osztályainak, illetve a praxisközösségeknek van lehetőségük. Az EFI-k esetében a szakmai kontroll és koordináció erősítése, a népegészségügyi főosztályok és osztályok esetében az anyagi és személyi feltételek lényeges fejlesztése szükséges a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében.

## **Fő célkitűzés**

A magyar lakosság legfőbb korai halálozási terhét jelentő daganatos betegségek incidenciájának és mortalitásának számottevő csökkentése.

## **Konkrét célkitűzések**

- A daganatos betegségekkel összefüggő kockázati tényezők – kiemelten (de nem kizárólag) a dohányzás és obesitas prevalenciájának jelentős csökkentése.
- A vastag- és végbélrákszűrés bevezetése kapcsán pontosan tisztázni és egységesíteni kell a betegutakat, és megfelelő anyagi, tárgyi és személyi feltételeket kell biztosítani nemcsak a szűrővizsgálatok elvégzéséhez, de a szűrővizsgálattal pozitívnak bizonyult személyek diagnosztikus vizsgálataihoz, valamint további ellátásához.
- A vastagbéliszűrés fokozatos, önként jelentkező háziorvosokon keresztül történő kiterjesztése helyett a szűrés igen rövid időn belüli, valóban teljeskörűvé tétele szükséges az érintett korcsoportban.
- A daganatokkal kapcsolatos szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatok mindegyikén (emlőrák, vastagbélrák, méhnyakrák) legalább 70%-os részvételi arány elérése. Az alapellátás monitoring tevékenységének erősítése a szűrésen való részvétel és a kiemelték esetében az ellátás (diagnosztikus és terápiás) követése érdekében.
- A szűrési korosztályokban az emlőrák, vastagbélrák és méhnyakrák incidenciájának, és még inkább az általuk okozott halálozásnak az érdemi csökkentése.
- A daganatos halálozásban mutatkozó területi különbségek csökkentése érdekében (tekintettel az incidencia/mortalitás eltérések egyenlőtlenségeire is) az országos átlagnál magasabb halálozási arányszámmal jellemezhető térségekben a szűrési és a gyógyító ellátás kiemelt fejlesztése.
- A HPV elleni átoltottsági arány további növelése mind a fiatal lányok, mind fiúk körében (célérték: 95%).

## **Javasolt intervenciók – Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A megelőzésre fordított költségvetési források jelentős, célhoz kötött emelése.
- A daganatos betegségek megelőzéssel kapcsolatos információk minél szélesebb körhöz való eljuttatása, daganat prevenciók programok végrehajtása különböző szintereken (iskola, lakóhely, munkahely, tömegtájékoztatás).
- Az ismeretátadás mellett a kockázati attitűdök és az egészségmagatartás megváltoztatása.

- Az e-health lehetőségeinek kiaknázása az egészségfejlesztésben, daganatos betegség prevencióban.
- A KSH halálozási adatok és a Nemzeti Rákregiszter adatainak összekapcsolása, a szűrési és/vagy ellátási hiányosságra utaló morbiditási/mortalitási mutatók alapján a kiemelt intervenciós területek azonosítása. Egységes, korszerű, nyilvános lekérdező felület kialakítása a daganatokkal kapcsolatos incidencia-, mortalitás-, prevalencia-, és az egészségügyi ellátórendszert érintő adatokhoz, minimum járási szintig, de tudományos vizsgálatok/kutatások számára a statisztikai törvény által definiált kautélák mellett település/kerületi-szinten - hozzáférhetően.
- A daganatos betegségek szűrési és szűrés monitorozási rendszerének korszerűsítése.
- Az onkológiai gyógyító ellátás színvonalának és feltételrendszerének egységesítése, fejlesztése a Nemzeti Rákellenes Program elvei alapján. Az egyes daganatos betegségek ellátását végző intézmények körének ésszerű meghatározása az ellátás hatékonyságának elemzése alapján.
- Onkológiai betegút-szervezés egységesítése és hatékonyságának növelése, például az OnkoNetwork modell megyei onkológiai központokba való kiterjesztésével.
- A HUNCHEST 2 kiterjesztett modellvizsgálat adatai alapján a tüdőrák korai kimutatására alkalmas alacsony dózisu CT-vizsgálat szűrési bevezetéséhez szükséges feltételek megteremtése, ajánlások készítése és a szűrés elindítása a rizikócsoporthoz tartozók számára.
- A melanoma-, prosztatata- és szájüregi daganatszűrésre vonatkozóan az újabb eredmények nyomán követése, és amennyiben megfelelő szintű evidencia áll rendelkezésre, a szervezett szűrővizsgálatok alapjául szolgáló szakmai irányelvek kidolgozása, a szervezett szűrések előkészítése; a szervezett szűrés bevezetését indokló evidenciák híján az alkalmi és magas kockázatú csoportokban végzett szűrések következetes megvalósítása.
- A Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram eredményei alapján az alapellátásban végzett prevenciós tevékenységek kiterjesztése, fejlesztése.
- Ajánlás/irányelv kidolgozása a betegellátó intézményekben szükséges daganat-primer prevenciós tevékenységekkel kapcsolatban (pl. obesitas-minimálintervenció)
- Ajánlás/irányelv az Egészségfejlesztési Irodák daganatprevenciós tevékenységére vonatkozóan. Az EFI-k szakmai kontrolljának, koordinációjának és valós szakmai teljesítményen alapuló finanszírozásának erősítése.
- Országos lefedettséget biztosító monitoring rendszer működtetésével a megbetegedés/halálozás vonatkozásában kiemelten érintett területek/járások azonosítása, célzott intervenciókkal az egyenlőtlenségek csökkentése.
- A szűréssel és primer prevencióval kapcsolatos alapellátási tevékenység teljesítményértékelési rendszerének fejlesztése, a prevenciós tevékenységhez, kiemelten a szűrés-monitoringhoz, teljesítményalapú finanszírozás rendelése.

- A Megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosok primer prevenciók tevékenységbe való bevonása, az ehhez szükséges szervezeti és finanszírozási keretek megteremtése.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Az európai szűrési jelentéshez szükséges indikátorok (részvételi arány, átvizsgáltság, intervallum daganatok gyakorisága, a kiszűrtek részvételi aránya a diagnosztikus vizsgálatokon, triázs teszteken, stb.).
- A rizikófaktorok prevalenciája, különös tekintettel a WHO Fenntartható fejlődési célok között szereplő dohányzás-prevalenciára.
- Prevenciók célú programok tartalmának és számának elemzése, az érintett szervezetek, intézmények által évente továbbított adatok és jelentések alapján.
- Védőoltások nyilvántartási adatainak elemzése évente.
- Házi orvosi indikátorok elemzése.
- Daganatos megbetegedés és halálozás területi alapú nyomon követése a Központi Statisztikai Hivatal, a Nemzeti Rákregiszter és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai alapján célzott epidemiológiai elemzések segítségével a térinformatikai elemzésekre épülő országos monitoring rendszer keretében
- Az onkológiai ellátás indikátorainak nyomon követése.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság
- Pénzügyminisztérium
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai és osztályai
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Országos Onkológiai Intézet
- Egyetemek orvostudományi, egészségtudományi, népegészségügyi és fogorvos-tudományi karai, intézetei
- Házi orvosok
- Praxisközösségek, beleértve az ott szolgáltatást nyújtó szakdolgozókat (pl. népegészségügyi szakember, dietetikus, gyógytornász)
- Fogorvosi alapellátásban részt vevő fogorvosok

- Védőnők
- Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatai
- Magyar Tudományos Akadémia
- Szakmai társaságok
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei
- Magyar Orvosi Kamara
- Egészségfejlesztési Irodák
- Közoktatási intézmények
- Daganatmegelőzéssel foglalkozó civil szervezetek
- Betegszervezetek, betegklubok
- Önkormányzatok
- Média
- Foglalkozásegészségügyi szolgálatok, illetve szolgáltatók
- Munkahelyek
- Önkormányzatok
- Média

### Helyzetértékelés/Helyzetelemzés

A különböző anyagcsere-megbetegedések nagy számban fordulnak elő a magyar populációban, komoly betegségterhet jelentve. Kezelésük jelentősen terheli az egészségügyi ellátórendszert, annak kapacitását és pénzügyi forrásait.

Egyes idetartozó betegségek, pontosabban szövődményeik nagyfokban rontják az életminőséget, növelik a kezelés költségeit, s a korai halálozás alakulásában is jelentős szerepet játszanak. Ezen kórképek közül a legfontosabb a cukorbetegség, annak is a 2-es típusa, melynek előfordulási gyakorisága 2011-ben a teljes 60–70 év közötti lakosság 19%-a, a 70 év felettek körében pedig 20% manifeszt 2-es típusú diabéteszes volt a NEAK finanszírozási adatai szerint; tekintettel a fel nem ismert, vagy gyógyszerrel nem kezelt betegekre a tényleges előfordulás valamivel több lehet. Bár egyre több ismerettel rendelkezünk az ún. 1-es. típusú diabetes kialakulásáról, sokkal eredményesebben kezeljük, mint korábban, de megelőzésére, korai felderítésére megbízható, populációs szinten alkalmazható szűrési lehetőséggel nem rendelkezünk.

Számos irodalmi adat, epidemiológiai vizsgálat támasztja alá viszont, hogy a *2-es típusú cukorbetegség* kialakulása megelőzhető, de legalábbis manifesztációja jelentősen késleltethető. A megelőzés ma ismert leghatékonyabb módja a rendszeres és aktív testmozgás, természetesen az életkori sajátosságok figyelembevételével. Mindezek mellett lényeges a normális testtömeg-index megtartása. A legnagyobb arányú, mért adatokon alapuló lakossági elhízás-prevalencia vizsgálat adatai szerint a felnőtt magyar lakosság kb. kétharmada túlsúlyos, ezek fele elhízottnak tekinthető. Az ELEF 2019 adatai szerint a szabadidős fizikai aktivitást tekintve az öt évvel korábbiakhoz képest egyértelműen romlott a helyzet: a 15 éves és idősebb lakosság 54%-a egyáltalán nem sportol (ez az arány 2014-ben 43% volt), és mindössze 23% végez legalább heti 150 perc szabadidős testmozgást (2014-ben 29%-os volt a gyakoriság). Azt is igazolták vizsgálatok, hogy elhízott személyeknél a már kialakult cukorbetegséget a hatékony testsúlycsökkentés meg tudja állítani (akár a nagyfokú elhízás kezelésében alkalmazott bariatriai sebészi beavatkozással is), a vércukorszint a normális értékre is csökkenthető, az addigi antidiabetikus terápia esetleg el is hagyható. A diabétesz fő egészségkockázatát a szövődmények jelentik, a vérőrendszer fokozott és gyorsabb elmeszedése következtében kialakuló agyvérzés, szívizominfarktus, a végtagi keringészavar következtében kialakuló diabéteszes láb (makrovaszkuláris szövődmény), illetve a vakság, veseelégtelenség (mikrovaszkuláris szövődmények).

Újabban egyre nyilvánvalóbbá vált az ún. prediabetes jelentősége, amely a szűrésre használt terhelési vércukorértékek még nem patológiás, de a normálistól eltérő viselkedésével ismerhető fel. Ez már gyógyszeresen is kezelhető. A cukorbetegség korai felismerését a házi orvosok rendszeres szűrési tevékenysége nagyfokban segítheti, ennek jogszabályi feltételei és módszertani leírásai adottak. A



házi-orvosi szekunder prevenció sokkal hatékonyabb, mint a közösségi szintereken, esetenként látványos médianyilvánosság mellett végzett szűrési kampányok. Eredményességét fokozhatja a foglalkozás-egészségügyi rendszerben végzett szűrés, ugyanakkor megoldandó a két alapellátási rendszer közötti szabályozott információáramlás, amelynek elektronikai feltételei az EESZT keretében már adóttak. A jelenlegi hazai ellátórendszerben nincs (és nem is szükséges) diabéteszre fókuszáló intézmény, ugyanakkor viszonylag jól kiépített diabetológiai hálózat működik, országosan jelentősen eltérő kapacitással és szakmai színvonalon. Létezik „diabetológiai licenc”, az ehhez szükséges képzésben főleg belgyógyászok, újabban egyre több házi-orvos vesz részt. Esély van arra, hogy a kialakított praxisközösségek érdemi működésének elindulásakor a gyógyszerfelírás és egyes vizsgálatok hozzáférhetőbbé váljanak a betegek számára.

Az anyagcsere-betegségek körébe tartoznak egyes *endokrin betegségek*, különösen a pajzsmirigy működészavarai, a mellékvese endokrin tünetekkel járó betegségei, a petefészkek, az agyalapi mirigy működésének zavarai. Egyre gyakoribb a populációban a glutén és a laktóz-intolerancia, de még ma is előfordulnak hazánkban táplálkozási hiánybetegségek (fehérje-energia hiányos alutápláltság és egyes vitaminok hiánya). Endémiás jódhiányos területeken még előfordul a golyva. Nagyarányú előfordulásuk miatt lényegesek a lipid- és a purin-anyagcsere zavarai, amelyek kezelésében, így a késői szövődmények megelőzésében, az alapellátásnak van kompetenciája. Az endokrin betegek ellátását országosan igen eltérő – de általában szűk – kapacitású szakrendelések segítik.

Népegészségügyi szempontból azonban kétségkívül az *elhízás* a legjelentősebb kórkép. Az elhízás ugyan lehet része, illetve következménye több endokrin kórképnek, lehet gyógyszeres kezelés mellékhatása is, de az esetek túlnyomó többségében egyszerű energetikai oka van, azaz a táplálékkal bevitt energia (lényegesen és tartósan) meghaladja a felhasznált energia mennyiségét, amelyet a genetikai tényezők is befolyásolnak.

Közismert, hogy a mai emberek energiefelhasználása lényegesen kevesebb, mint elődeinké volt, de táplálkozási szokásaink nem igazodtak a csökkent igényhez. A többletenergia-bevitel elsősorban bőségesebb élelmiszeradagok, energiadúsabb, magas feldolgozottságú ételek és cukros, energiadús (üdítőnek nevezett) italok fogyasztásának következménye. Ma a felnőtt korú magyar lakosság körülbelül kétharmadának testtömeg-indexe kóros (egyharmaduk túlsúlyosnak, további egyharmaduk elhízottnak tekinthető).

Az elhízás gyakran az ún. metabolikus betegség (más néven metabolikus szindróma) tünet-együttese keretében jelenik meg. A következmények közé tartozik elsősorban a cukorbetegség, a zsíryanagcsere zavarai és szövődményeik, a magasvérnyomás-betegség, az artériás rendszer fokozott elmeszesedéséhez köthető koszorúér- és agyér-betegségek, az alsó végtag verőereinek szűkülete, az ún. mikrovaszkuláris betegségek (a vese és a retina erein), a szövődményes idegrendszeri károsodás (neuropathia), de a visszérbetegség (varicositas) is. Elhízott embereknél gyakrabban és korábban kopnak el az alsó végtag nagy ízületei (térd, csípő), gyakoribbak más mozgásszervi betegségek is, és körükben bizonyos daganatos

betegségek (az emlő és a méhnyak, férfiaknál a prosztatata, mindkét nemből a vastagbél tumor) előfordulása is gyakoribb. Több elhízott ember az alvási apnoe, sőt a vizeletinkontinencia tüneteitől is szenved. A felsorolt összefüggések csak a legközismertebb, orvosilag egyértelmű kapcsolatokat jelentik, de nem merítik ki az elhízás káros következményeinek teljes körét. Az elhízott ember szociálisan és gazdasági értelemben is hátrányosabb helyzetbe kerülhet csökkent mobilitása, költségesebb ruházati igénye, gyakoribb orvosi kezelése következtében, sőt stigmatizálva lehet a munkaerőpiacon is.

Az elhízás kezelése bizonyos mértéken túl már orvosi közreműködést igényel; szövődményei szinte mindig, a megelőzés azonban sohasem. A gyógyszeres kezelés terén ugyan már van választék, de eredményessége többnyire nem tartós és az érintettek számára költséges. Az elhízás megelőzése társadalmi igény, ami jelentős ismeretterjesztési, oktatási, nevelési feladatokat generál.

A jelenlegi hazai ellátórendszerben nincs erre fókuszáló intézmény vagy hálózat. A korábbi országos centrumokat bezárták vagy más profilt kaptak. Létezik ugyan „obezitológiai licenc”, de a képzésen részt vevők köréből a házi orvosok – szakmailag nem magyarázható okból – kimaradtak.

## **Fő célkitűzés**

A magyarországi cukorbetegség- és elhízás-prevalencia növekedésének megállítása.

## **Konkrét célkitűzések**

- Egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek és készségek javítása.
- A szabadidősport lehetőségének javítása.
- Az egészségkárosító élelmiszerek reklámjának tiltása, forgalmazásuk korlátozása.
- Az alapellátás szintjén az elhízás, a lipid- és szénhidrát-háztartás zavarainak és a magas vérnyomásnak a szűrése szakmai ajánlások szerint, korai intervenciók foganatosítása, szükség esetén gyógyszeres kezelés indítása.
- Az elhízottak lefogyását és testtömeg-kontrollt szervezeten támogató, szakmai bizonyítékokon alapuló szolgáltatások fejlesztése az egészségügyön belül és kívül, a praxisközösségek, EFI-k keretében.

## **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

### **Az ismeretátadás és készségkialakítás szinterei szerint:**

- **Iskolai szintek:** Az iskolai tananyagban nagyobb teret, óraszámot kell szentelni az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek átadására, készségek kialakítására. A tanulók kapjanak tárgyi ismereteket az élelmiszerek összetevőiről, az egészségesnek tekintett konyhatechnika sajátosságairól, az élelmiszer-biztonság alapfogalmairól, a kerülendő (vagy csak minimálisan

fogyasztható) ételekről, italokról, megmagyarázva ennek okát is. Az oktatott ismeretekhez kell igazítani az iskolai büfék, menzák kínálatát, és biztosítani kell a kulturált vízfogyasztási körülményeket.

Az oktatható ismeretek újabb, innovatív forrása a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége által kidolgozott OKOSTÁNYÉR® program, amelynek ételválasztéka teljesen a hazai viszonyokhoz adaptált és már van a gyermekek számára készült verziója is.

Az iskolai tananyagnak tartalmaznia kell a folyamatos, aktív fizikai tevékenység előnyeiről szóló információkat is. Az utóbbi évek jelentős pedagógiai előrelépése a mindennapos testnevelés órarendbe iktatása. Ezt nem mindenhol sikerült még egységesen megvalósítani, de az iskolák folyamatos személyi és infrastrukturális fejlesztése segíti majd a hosszú távú fenntartást és fejlesztést. Ma is létezik még az a túlhaladott pedagógiai gyakorlat, hogy az alsó osztályos gyerekektől is elvárják a tanóra „végigülését”. A gyermekek élettani igénye a mozgás, ennek teret kell engedni, és nem korlátozni azt, mert ha ez az igény elvész, a későbbiekben már nehezebben állítható helyre.

- **Települési önkormányzatok:** A szabadidősport kulturált feltételeinek, infrastruktúrájának kialakítása, elsősorban (de nem kizárólag) az iskolák bázisán, a települési önkormányzatok közreműködésével, alkalmazkodva a helyi lehetőségekhez, igényekhez, együttműködve a civil és a verseny szféra érdekelt szereplőivel.
- **Élelmiszeripar és -kereskedelem:** Az élelmiszergyártók és -forgalmazók ösztönzése (a partnerség erősítésével, de a jogalkotás eszközeivel is) az egészséges összetételű termékek gyártására és forgalmazására.
- **Média:** A magyar lakosság számára az országosan elérhető TV- és rádiócsatornák fontos információforrást jelentenek. A műsoridőben sugározható (egészséggel, betegségmegelőzéssel kapcsolatos) hirdetések költségesek lehetnek a kereskedelmi médiában, de a közmédiában még bőven vannak kihasználható, információt továbbító kapacitások, műsorhelyek, vagy azok kialakíthatók megfelelő kormányzati támogatással. Célszerű ezeknek ugyanazt az üzenetet hordozni, szezonálisan aktualizálva. Hangsúlyos üzenetek a só- és a finomított cukor fogyasztás csökkentése, kevesebb zsír fogyasztása, az étkezések megfelelő ütemezése és aránya, az élelmiszer-biztonság javítása, a cukrozott üdítők helyett víz fogyasztása, a megfelelő fizikai aktivitás előnyei, elérhető formái. A gyermek célcsoportra irányuló élelmiszerreklámok szabályozása.
- **Jogalkotás:** Az eredményes média megjelenések feltételeit jogalkotással lehet kialakítani, elvárásként megfogalmazva a műsoridő vagy a nyomtatott felület meghatározott hányadának elkülönítését egészségnevelésre.

A közismerten egészségkárosító ételek/italok egy részének forgalmazása/fogyasztása jogszabályi korlátozás alá esett már az elmúlt években. A WHO *Noncommunicable Diseases Progress*

*Monitor 2022* szerint hazánknak az egészségtelen táplálkozás visszaszorítása érdekében teendői vannak a sófogyasztás csökkentése és az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexében már több mint harminc éve megfogalmazott és valamennyi WHO-tagállam által elfogadott elvárások teljesítése terén is.

- **Intézkedések az elhízottak támogatására:** A megelőzés népegészségügyi jelentősége vitathatatlan, ugyanakkor az elhízottak támogatása (részben ösztönzése a normális testsúly elérésére, részben támogatásuk ebbéli törekvésük elérésében) szintén társadalmi érdek. Az egészséges táplálkozást támogató és célzott diétás programok, magatartásterápia, szükség esetén gyógyszeres és sebészi terápia megfelelő alkalmazását a nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásával meg kell oldani.

A médiatámogatás célja nem pusztán a testsúlykontroll-programok (kiemelten a közös mozgásprogramok) megismertetése és támogatása, de a negatív testkép-érzékelés keltette szorongás oldása is.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Egészséges táplálkozást megvalósító programban részt vevő iskolák, intézmények számának változása.
- Testmagasság, testsúly és has-körfogat változása (egyénenként összesítve az adott program keretén belül).
- Az elhízás és hasi elhízás gyakoriságának alakulása szocio-demográfiai rétegenként, nemenként és korcsoportokként.
- Elhízás következtében kialakuló, újonnan felismert és az ellátórendszerben kódolt betegségek (hipertónia, stroke, ischaemiás szívbetegség, akut szívinfarktus, diabétesz, epehólyag betegségei, policisztás ovárium szindróma, elhízással összefüggő daganatos betegségek, nem alkoholos zsírmáj, köszvény, térd-, csípőízületi kopás, gerincbetegségek) incidenciájának változásai.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium államtitkárságai (kiemelten az Egészségügyi és a Köznevelési Államtitkárság)
- Agrárminisztérium
- Nemzeti Élelmiszerlánc Biztonsági Hivatal
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

- Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet
- Egyetemek orvostudományi, egészségtudományi és népegészségügyi karai, intézetei
- Házi orvosok szakmai szervezetei
- Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatai/tanácsai
- Magyar Táplálkozástudományi Társaság
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége
- Magyar Elhízástudományi Társaság
- Egészségfejlesztési Irodák
- Élelmiszergyártók és szakmai szervezeteik
- Közétkeztetés szervezői, szereplői
- Betegszervezetek, betegklubok
- Önkormányzatok
- Média
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei

### Helyzetelemzés/helyzetértékelés

A légzőrendszeri betegségek jelentik a harmadik leggyakoribb halálokat világszerte, az Európai Unióban (EU) és hazánkban egyaránt, míg a korai halálozás negyedik legfontosabb oki tényezői. Magyarországon a nők összes halálozásának 6%-át, a férfiakénak 7%-át okozták 2019-ben a légzőrendszeri betegségek, melyek jelentős részéért - Magyarországon 2021-ben 70%-áért - a krónikus obstruktív tüdőbetegségek (COPD) felelősek Európa-szerte, megelőzve a tüdőgyulladás haláloki súlyát. Emellé zárkózott fel 2020-ban a COVID-19 7%-os haláloki súllyal. Világviszonylatban a COPD volt okolható az összes halálozás 6%-áért 2019-ben, ekkor Magyarországon a nők összes halálozásának 4,4%-át, a férfiakénak 5,3%-át okozta COPD és asztma.

A COPD prevalencia 2001-2019 között az EU tagállamaiban csökkent vagy stagnált a férfiak, de növekedett a nők körében, s mára magasabb, mint a férfiak esetében. Ugyanezen időszakban a halálozás általában csökkenést mutatott, különösen a férfiak körében, de ez a trend nem érvényes minden tagországra, köztük Magyarországra sem. A COPD prevalencia 2019-ben a férfiak esetében Belgium és Dánia után Magyarországon volt a legmagasabb, s a vizsgált szűk két évtizedben a prevalencia arányszámának növekedése (2,3%-kal) volt észlelhető. A nők a prevalencia alapján felállított sorrendben látszólag kedvezőbb helyzetben vannak, de hazánk azon kevés EU tagország közé tartozik, ahol 2001 és 2019 között a prevalencia arányszám növekedés mértéke a nők körében lényegesen meghaladta a 10%-ot (13,5%). A COPD okozta halálozás Magyarországon volt a legmagasabb 2019-ben az EU-tagországok között mind az teljes életkori (64,6/100000 fő), mind a korai halálozás esetén (18,2/100000 fő); a férfiak halálozásának mértéke valamennyi tagállam közül Spanyolország után hazánkban a legmagasabb, s a nők körében a halálozási arányszám növekedésének mértéke (29,6%) pedig magasabb, mint bármelyik más EU-s országban. A krónikus légzőrendszeri betegségek egyike annak a négy betegségcsoportnak, amelyek a megelőzhető halálozás túlnyomó részéért felelősek.

Asztma az EU-ban a felnőttek átlagosan 5,7%-ánál fordul elő, melynek gyakorisága hazánkban 5%. A gyermekek körében az asztma a legfontosabb önálló krónikus megbetegedés. Az Országos Gyermekek Légúti Felmérés 2017. évi adatai szerint a 3. osztályos általános iskolás gyermekek 9%-át diagnosztizálták asztmával (a fiúk 11%-át, a lányok 7%-át). A potenciális elveszített életévek 6%-áért a légzőrendszer betegségei feleltek 2019-ben mindkét nemből, amellyel az oki rangsor negyedik helyét foglalták el. Míg a tüdődaganatokhoz kapcsolódó egészségvesztésben csökkenés tapasztalható a 2000-es évek óta hazánkban és a krónikus légzőszervi megbetegedések okozta halálozások száma is csökkenést mutat világszerte, addig Magyarországon a krónikus obstruktív tüdőbetegségek okozta rokkantsággal korrigált életévi veszteség emelkedett az elmúlt két évtizedben; 2009 és 2019 között a potenciálisan elveszített életévek alakulását tekintve férfiak esetében 6,5%, míg nők esetében 27,8% volt a növekedés mértéke.

A kórházi felvételek egyik leggyakoribb okát a krónikus légzőrendszeri betegségek jelentik az EU-ban; a 100000 lakosra számított COPD miatti kórházi felvételek számát tekintve Magyarország a 6., míg asztma estében a 8. helyet foglalta el a rangsorban 2019-ben. A potenciálisan elkerülhető kórházi felvételekhez, a cukorbetegség és a pangásos szívelégtelenség mellett, a krónikus obstruktív tüdőbetegségek és az asztma járulnak hozzá legnagyobb mértékben. 2019-ben Magyarországon volt a legmagasabb a COPD és asztma miatti elkerülhető kórházi felvételek száma az EU-ban (448/100000 fő).

A krónikus légzőrendszeri betegségek legfontosabb kóroki tényezői a dohányzás, a kül- és a beltéri légszennyezettség, a munkahelyek légtereinek szennyezői, valamint a gyermekkori alsó légúti fertőző betegségek. A legfontosabb elkerülhető kockázati tényezőnek tekinthető dohányzás a korai halálozás egyik legjelentősebb oka az Európai Unióban. Hazánkban a dohányzók aránya (24,9% 15 évnél idősebbek között 2019-ben) és a dohányzáshoz kapcsolódó betegségteher is magasnak számít az EU-tagországok között, az összes haláleset mintegy 21%-át okozva 2019-ben. A légszennyezettség a krónikus légzőrendszeri betegségek másik jelentős kockázati tényezője, mely az összhálózás 7%-áért volt felelős 2019-ben Magyarországon, ami az uniós átlagnál (4%) jóval magasabb arány. A COPD és az asztma kialakulásában jelentős szerepet játszanak a kisméretű aeroszol részecskék (különösen a PM<sub>2,5</sub>), a nitrogén-dioxid, illetve számos egyéb légszennyező. A WHO 2019-re vonatkozó becslése szerint Magyarországon a kültéri levegőszennyezettség miatt 9723 többlet haláleset következett be, a 100000 főre vonatkoztatott rokkantsággal korrigált életévi veszteség értéke 1695 volt, melyből 175 a COPD-hez köthető.

## **Fő célkitűzés**

A krónikus légzőrendszeri megbetegedésekhez kapcsolódó betegségteher csökkentése az elsődleges megelőzés, korai felismerés és gondozás javításával.

## **Konkrét célkitűzések**

- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek miatti korai halálozás csökkentése 20%-kal.
- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek gyakoriságának csökkentése 8%-kal.
- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek miatti hospitalizáció és sürgősségi kórházi felvételek számának csökkentése 20%-kal.
- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek miatti bekövetkező funkcióromlás mérséklése.
- Az asztma miatti korai halálozás csökkentése 20%-kal.
- Az asztmagyakoriság növekedésének mérséklése.
- Az asztma miatti hospitalizáció és sürgősségi kórházi felvételek számának csökkentése 8%-kal.

- Az asztma miatt iskolából vagy munkahelyről hiányzók arányának csökkentése.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A dohányzásról való leszokás támogatásának erősítése az alapellátásban és a pulmonológiai szakellátásban.
- Kül- és beltéri légszennyezettség mértékének csökkentését célzó tájékoztató anyagok készítése, szemléletformálási kampányok szervezése.
- Szabályozás előkészítése a belső terek egészségi szempontból megfelelő levegőminőségének biztosítására, különös tekintettel a gyermekintézményekre.
- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek korai diagnózisának biztosítása az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjeinek (háziiorvosi, foglalkozás-egészségügyi, tüdőgyógyászati) bevonásával.
- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek adekvát gondozása a szakmai irányelvek korszerűsítésével, a háziiorvosi kompetencia megerősítésével, oktatással, a betegek szakszerű követésével és a betegek együttműködésének fokozásával.
- A gyermekkori asztma minél korábbi felfedezése az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjeinek (háziiorvosi, iskolaorvosi, tüdőgyógyászati) bevonásával.
- A gyermekkori és felnőttkori asztma adekvát gondozása a szakmai irányelvek korszerűsítésével, a háziiorvosi kompetencia megerősítésével, oktatással, a betegek szakszerű követésével, a betegek együttműködésének fokozásával.
- Kutatási tevékenység támogatása a dohányzás és a légszennyezés betegségterhe, a dohányzásellenes intézkedések (elsősorban a célcsoport-specifikus, rászokást megelőző és a leszokást segítő egészségnevelési tevékenység), a légszennyezés (elsősorban a gyermekeket érintő beltéri légszennyezés), a COPD és az asztma korai felfedezése és hatékony gondozása, valamint a légzőrendszeri betegségek által okozott egészségi egyenlőtlenségek csökkentése tématerületeken.
- Tüdőszűrő-gondozó hálózat újraszervezése és megújítása, fókuszcsoportok kijelölése.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Krónikus légzőrendszeri betegségek miatti összes és korai halálozási arányszám változása.
- Krónikus obstruktív tüdőbetegségek és asztma miatti összes és korai halálozási arányszám változása.
- Krónikus obstruktív tüdőbetegségek és asztma megbetegedési arányszám változása.



- Krónikus obstruktív tüdőbetegségek és asztma miatti hospitalizáció és sürgősségi kórházi felvételek száma.
- Krónikus obstruktív tüdőbetegségek miatt megváltozott munkaképesség gyakorisága.
- Asztma, légúti allergia és krónikus bronchitis megbetegedési arányszám változása gyermekek körében.
- Asztma miatt iskolából hiányzók és munkahelyről betegszabadságon lévők száma.
- A krónikus obstruktív tüdőbetegségek és az asztma korai diagnózisába és korszerű gondozásába bevont egészségügyi szolgáltatók.
- A légszennyezettség csökkentését célzó tájékoztató anyagok és szemléletformálási kampányok száma.
- Kidolgozott szakmai protokollok.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság
- Országos Korányi Pulmonológiai Intézet
- Nemzeti Népegészségügyi Központ Közegészségügyi Főosztály
- Technológiai és Ipari Minisztérium Környezetügyért és Körforgásos Gazdaságért Felelős Államtitkárság
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Kormányhivatalok népegészségügyi osztályai
- Kormányhivatalok környezetvédelmi és természetvédelmi osztályai
- Önkormányzatok
- Egészségügyi Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászat, Háziorvostan, Foglalkozás orvostan, Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia tagozatai
- Egyetemek orvostudományi és egészségtudományi karai
- Hazai és nemzetközi szakmai szervezetek
- Civil szervezetek
- Média

### Helyzetelemzés, helyzetértékelés

2019-ben Magyarországon az összes elveszített egészséges életév (DALY) 3704935 év volt. Bár az utóbbi években csökkenő tendencia volt megfigyelhető a magyar egészségveszteség alakulásában, a hazai érték még mindig jelentősen, 25%-kal meghaladja az EU-országok átlagát. A DALY okai között első helyen a keringési betegségek állnak (28%), ezt követik a daganatos betegségek (közel 21%), harmadik legfontosabb ok pedig a mozgásszervi betegségek csoportja (6%). Ez a betegségcsoport a nők körében több veszteséget (7%) okoz, mint a férfiak esetében (5%). A legjelentősebb veszteséget a mozgásszervi betegségek közül a hát- és a nyaki fájdalmak okozták 2019-ben.

Az ELEF 2019 adatai szerint a mozgásszervi betegségek, különösen a derék- és hátgerincproblémák a felnőtt lakosság 20%-át, az arthrosis, ízületi porc kopás 15,2%-át, a rheumatoid arthritis, idült ízületi gyulladás 10,3%-át, a nyaki vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma a felnőtt lakosság 8,4%-át érinti, míg a felnőttek 5,6%-a csonttrikulásban szenved. A lakosság egyötödének nehézségei vannak a gyaloglásban vagy lépcsőzésben.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (ma Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) kimutatása szerint 2003 és 2015 között az esetek 24–28%-ában valamilyen csont-izom rendszeri betegség miatt kerültek táppénzes állományba a munkavállalók. 2003-ban a derékfájás okozta 6,5 millió keresőképtelen napra kifizetett táppénz összege 14,2 milliárd Ft volt, s a helyzet a későbbiek során sem javult.

A WHO 2022-ben a mozgásszervi egészségről közzétett anyagában hivatkozik a GBD 2019-es adataira, melyek szerint a világon megközelítőleg 1,71 milliárd ember szenved mozgásszervi betegségekben (derék- és nyakfájdalom, törések és más sérülések, arthrosis, amputáció és rheumatoid arthritis), s ezek világszerte a rokkantság vezető okai. A derékfájás 160 országban a fő oka a rokkantságnak. A lakosság öregedése a mozgásszervi betegségek jelentőségét tovább növeli, de a munkaképes korosztályok érintettsége is jelentős, pl. a derékfájás a korai nyugdíjba vonulás első számú oka, s ennek direkt egészségügyi és indirekt (mint pl. a munkából kimaradás, termelékenység csökkenése) költségei óriásiak. A jövőben a derékfájással küszködő emberek száma tovább fog nőni, leginkább az alacsony és közepes jövedelmű országokban. A WHO 2022-ben publikált „Rehabilitation 2030” program javaslatában a mozgásszervi betegségek elleni fellépés kitüntetett jelentőséggel bír.

A mozgásszervi betegségek, köztük is elsősorban a degeneratív gerinc- és ízületi betegségek, valamint az osteoporosis civilizációs népbetegséggé válását elsősorban az ülő, mozgásszegény életmód, illetve többféle munkahelyi ártalom magyarázza, de ezek mellett az egészségtelen táplálkozásnak, elhízásnak, dohányzásnak, alkoholfogyasztásnak is fontos szerepe van.

Jelentős beavatkozások történtek az elmúlt évtizedekben Magyarországon a mozgásszervi betegségek megelőzése és hatékonyabb kezelése érdekében:

- 1995 óta működik az Osteoporosis Centrum Hálózat. Ez a korszerű diagnosztika és gyógyszeres kezelés megszervezése mellett tájékoztatási kampányokat és a rendszeres gyógytorna kereteit biztosító osteoporosis klubokat szervez.
- 1995-ben indult a Magyar Gerincgyógyászati Társaság prevenció programja. Ennek jelentős szerepe volt a mindennapos testnevelés törvénnyel támogatott bevezetésében, valamint hozzájárult ahhoz, hogy ma már minden tanuló számára biztosítani kell a biomechanikailag helyes testtartást kialakító gyakorlatok végzését a testnevelés órák keretében. Ez a leendő testnevelők (óvónők, tanítók és testnevelő szaktanárok) képzésében 2016 ill. 2021 óta pontosan szerepel a kimeneti és képzési követelmények között, azonban még mindig csak esetlegesen oktatják, ezért a testnevelő pedagógusok képzése, valamint az óvodai és iskolai testnevelés szakmai segítése és ellenőrzési rendszere megerősítésre szorul.
- A mozgásszervi betegségek gyógyításában, másodlagos és harmadlagos megelőzésében a gyógytornásznak kulcsszerepe van, mégis a gyógytornához a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által támogatott hozzáférés messze elmarad a szükségletektől. Ezt a problémát ismerte fel és megoldását modellezte a praxisközösségek szervezésén alapuló, 2012 és 2017 között futott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, aminek tapasztalatai alapján az alapellátásban elérhető gyógytornász szolgáltatás megszervezése és finanszírozása még az egészségpolitika megoldandó feladata.
- A mozgásszervi betegségek másodlagos és harmadlagos megelőzésében a dietetikusnak és a pszichológusnak is fontos szerepe van. Ennek megoldását is tartalmazta a praxisközösségek szervezésén alapuló alapellátási modellprogram. A dietetikusok és egészségpszichológusok alapellátásban történő elérhetőségének megszervezése és finanszírozása még az egészségpolitika megoldandó feladata.
- A felsőoktatás alapítványi átalakításával kapcsolatban a felsőoktatási intézmények részére kialakított elvárás-rendszer egyik eleme a hallgatók sportja, ez kiváló lehetőség a rendszeres testmozgás elősegítésére.
- A mozgásszervi betegségek ellátórendszerében megmutatkozó strukturális és finanszírozási problémákat a 1722/2018. (XII.18.) kormányhatározattal elfogadott Nemzeti Mozgásszervi Program (NMOP) részletesen tartalmazza, az ezekből következő tennivalókat hét intézkedési csomagban dolgozta ki: az első kettő a megelőzési, a többi a reumatológiai, orvosi rehabilitációs, idegsebészeti, traumatológiai-ortopédiai, valamint sportegészségügyi- és sebészeti beavatkozásokat részletezi.
- Az „Egészséges Magyarország 2021-2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia (továbbiakban: Stratégia) alapját a 1722/2018. (XII.18.) kormányhatározattal elfogadott öt Nemzeti Egészségügyi

Program céljai adják, ezen belül a Nemzeti Mozgásszervi Program keretében 1. pontként az „egyenes tartású, fizikailag terhelhető, rendszeres mozgásigényű egészséges generáció felnövekedésének elősegítése” és 2. pontként „a mozgásszervi betegségek megelőzése” is célkitűzésként szerepel. A Stratégiában 6.1. alatt megjelenik a Népegészségügy, de ezen belül a mozgásszervi betegségek megelőzése nem kap kiemelt hangsúlyt.

## **Fő célkitűzés**

A mozgásszervi betegségek okozta egyéni és társadalmi terhek mérséklése.

## **Konkrét célkitűzések**

- A prevenciók tevékenységei hatékonyságának javítása:
  - a lakosság és a betegek egészségértését/egészségműveltségét javító képzési programok továbbfejlesztése,
  - az óvodai és iskolai testnevelés preventív hatásának javítása,
  - a felsőoktatási intézmények hallgatói sportjának a mozgásszervi prevenciót is figyelembe vevő fejlesztése,
  - a túlsúlyos és a mozgásszervi panaszos lakosság részére a gerinc- és ízületvédelmet megvalósító mozgásprogramok szervezése,
  - az edzők képzésének javítása a sportolók mozgásszervi védelme érdekében,
  - munkahelyi egészségfejlesztés hatékonyságának javítása.
- Magasabb szakmai színvonalú, gyorsabb és hatékonyabb mozgásszervi ellátás biztosítása, a betegek életminőségének javítása:
  - az ellátórendszer strukturális átalakítása
  - finanszírozás, gyógyszertámogatás
  - szakemberképzés
  - kutatás, innováció
  - informatika, gép-műszer fejlesztés
- A betegek informáltságának és elégedettségének növelése, társadalmi összefogás elérése.

## **Javasolt intervenciók – Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A mozgásszervi egészségmegőrzéssel kapcsolatos tudás, egészségműveltség javítása a lakosság körében.
- A betegek saját betegségükkel kapcsolatos ismereteinek és készségeinek javítása.

- A betegek támogatása ún. „öngyógyító” tennivalóik rendszeres végzésében, az ehhez szükséges egészségügyi szakdolgozók (gyógytornász-fizioterapeuta, dietetikus, pszichológus) lakossággközeli működésének biztosítása.
- A túlsúlyos és a mozgásszervi panaszos lakosság részére rendszeres gerinc- és ízületkímélő testmozgás lehetőségének biztosítása gyógytornász által vezetett programokkal.
- A fogyatékkal élők megfelelő mozgásprogramjainak támogatása.
- A sportolók túlterheléses mozgásszervi betegségeinek megelőzése az edzők megfelelő továbbképzésével, valamint gyógytornászok bevonásával az edzésekbe.
- A felnőttkori porckopásos gerincbetegségek megelőzése érdekében a speciális tartáskorrekció oktatása a testnevelő-képzésben, valamint az óvó- és tanítóképzésben; a testnevelő pedagógusok által minden gyermekkel, tanulóval végzendő hatékony, speciális tartásjavítás szakmai segítése az alapellátásban elérhető gyógytornász közreműködésével.
- A felsőoktatási intézményekben a gerinc- és ízületvédelemre is figyelemmel levő hallgatói sportban résztvevők számának növelése.
- Munkahelyi egészségfejlesztés keretében a gerinc- és ízületvédelem módszereinek terjesztése és szakmai támogatása.
- A mozgásszervi betegségek megelőzésének és ellátásának oktatása a házi orvos-képzésben, illetve annak javítása.
- A gyulladásos mozgásszervi kórképek korszerű, hatékony gyógyszeres kezelésének megfelelő finanszírozása; a meglévő rendszer fenntartása, fejlesztése.
- A jól működő arthritis-centrum-hálózat további fenntartása és működtetése.
- Az osteoporosis kezelésének eredményességét javító centrumhálózat további fejlesztése, működtetése.
- A mozgásszervi betegellátás várakozási idejének további csökkentése műtéti és nem műtéti területeken egyaránt
  - szakorvosi és képalkotó vizsgálatok esetén a fölösleges igénybevétel csökkentése a betegek, illetve a lakosság mozgásszervi betegségekkel kapcsolatos egészségértésének fokozásával,
  - mozgásszervi sebészeti műtét utáni kórházi-szanatóriumi rehabilitáció kapacitásainak növelése.
- A NMOP-ban részletezett intervenciók a mozgásszervi ellátórendszer strukturális és finanszírozási problémáinak kezelésére az összes érintett szakterületen (a NMOP 3-7. intézkedési terve).
- A NMOP-ban részletezett intervenciók a betegek informáltságának és elégedettségének növelésére, társadalmi összefogás elérésére.

## **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Mozgásszervi betegségek miatt elveszített egészséges életévek száma.
- Túlsúlyos és elhízott egyének száma/aránya korcsoportos bontásban
- Nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek fogyasztásának és az általuk okozott súlyos mellékhatások számának alakulása.
- Táppénzes napok száma mozgásszervi panaszok miatt.
- Csigolya- és csípőtáji törések gyakorisága.
- Mozgásszervi szakellátási várakozási idő hossza.
- Lakossági és betegeknek szóló egészségértési képzési programokban részesültek száma.
- Az óvodai és iskolai testnevelés preventív hatásának nyomon követése gyógytornászok által: funkcionális izomtesztek ill. műszeres mérések eredményei.
- A felsőoktatási intézményekben a mozgásszervi prevenciót figyelembe vevő hallgatói sportban részesülő hallgatók száma, aránya.
- A túlsúlyos és mozgásszervi beteg lakosság részére gyógytornász által vezetett mozgásprogramok száma (résztevők, alkalmak, helyszínek).
- Mozgásszervi védelmet elősegítő munkahelyek száma.
- Azon betegek száma/aránya, akik a részükre javasolt „öngyógyító” tenni valóikat rendszeresen végzik.
- Betegek elégedettsége a mozgásszervi ellátással.
- Az ellátórendszer megfelelő fejlődését célzó beavatkozások száma és részeredményei.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Kulturális és Innovációs Minisztérium Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság
- Honvédelmi Minisztérium Sportért Felelős Államtitkárság
- Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Egészségügyi Szakmai Kollégium megfelelő tagozatai
- Releváns országos intézetek: Országos Mozgásszervi Intézet, Országos Gerincgyógyászati Központ, Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Országos Traumatológiai Intézet, Országos Sportegészségügyi Intézet, Heim Pál Országos Gyermekegyógyászati Intézet

- Releváns szakmai társaságok: Magyar Reumatológusok Egyesülete, Magyar Gerincgyógyászati Társaság, Magyar Rehabilitációs Társaság, Magyar Ortopéd Társaság, Magyar Idegsebészeti Társaság, Magyar Traumatológus Társaság, Magyar Sportorvos Társaság, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Orvostudományi, egészségtudományi, népegészségügyi és sporttudományi karok, intézetek
- Alapellátás
- Egészségfejlesztési irodák
- Magyar Tudományos Akadémia
- Edzők szakmai szervezetei
- Testnevelők szakmai szervezetei
- Munkáltatói szervezetek
- A köznevelés-irányítás országos szervezetei
- Köznevelési intézmények
- Pedagógusképző felsőoktatási intézmények
- Civil szervezetek
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A mentális egészségnek kiemelt szerepe van mind az egyén, mind a társadalom általános jólléte szempontjából, ezért a mentális egészség védelmét és fejlesztését kiemelt népegészségügyi prioritásként kell kezelni. Rámutatva, hogy 2015-ben közel 800000 ember halt meg a világon öngyilkosság következtében, a Sustainable Development Agenda 3. fenntartható fejlődési céljának teljesüléséhez a mentális egészség problémák megelőzését és kezelését kiemelt beavatkozási területként jelöli meg. Az elmúlt néhány év eseményei, köztük kiemelten a koronavírus-világjárvány, következtében a mentális zavarok még inkább előtérbe kerültek. Becslések alapján a pandémia első éve alatt a depresszió és a szorongás előfordulása akár 25%-kal is emelkedhetett, miközben az ellátáshoz való hozzáférés csökkent. 2019-ben a közép-európai régió országai között Magyarországon volt a negyedik legmagasabb a mentális betegségek, alkohol, illetve illegális drogok használata miatti, rokkantsággal korrigált elveszített életévek arányszáma (DALY; 2196/100000). Ennek háttérében vezető helyen a depresszió okozta hazai életévvesztés (603/100000) állt, mely esetében Szlovéniát és Horvátországot követjük a régiós rangsorban. A szorongásos zavarok minden országban közel hasonló értéket mutattak, nálunk 365/100000 az általuk okozott DALY. Az alkohollal kapcsolatos életévvesztés (439/100000) szempontjából átlagos régiós országgá váltunk, pedig a 90-es évek közepén nálunk voltak a legmagasabbak az életévvesztés-értékek, a droghasználat miatti életévvesztés pedig viszonylag alacsony (139/100000) volt. Szkizofrénia (227/100000) szempontjából is átlagos régiós ország vagyunk. Az autizmus (51/100000), a táplálkozási zavarok (33/100000), a hiperaktivitás (9/100000), a viselkedészavarok (40/100000), az értelmi fogyatékos (16/100000) kisebb népegészségügyi súlyt képviselnek Magyarországon.

Az ELEF2019 eredményei alapján a 15 év felettiek körében a legalább enyhe depresszió gyakorisága 21,6% volt. Nők között lényegesen magasabb volt a prevalencia (25%), mint férfiak esetében (17%). Az életkorral emelkedett a depresszió gyakorisága, a 15–34 évesek körében 20%, középkorúak körében 18%, a 65 év felettiek körében pedig 31% volt a becsült értéke. A Hungarostudy felmérések eredményei szerint a közepes és súlyos depressziós tünetekkel rendelkezők aránya az 1988-ban mért 7,5%-ról 2021-re kétszeresére, 15,8%-ra emelkedett.

A mentális betegségek többsége az életminőséget rontja tartósan és jelentős mértékben, de közvetlenül nem vezet halálhoz. A mentális betegségek okozta halálozás részesedése 2021-ben Magyarországon az összhálózásból 2,7% volt. A halálügyi statisztikákban külön szerepel az öngyilkosság, ami 2021-ben a halálozás további 1,0%-áért volt felelős. Ennek – komplex kulturális meghatározók mellett – legfontosabb kockázati tényezője a depresszív hangulatzavar. Magyarországon detektálták a legmagasabb öngyilkosság miatti halálozást a világon a 60-as és 70-es években. Az 1988-tól 2006-ig gyorsan, azóta lassabban csökkenő trend következtében sem globálisan, sem Európán belül nem Magyarország vezet



már a statisztikai listákat, bár a halálozás magas maradt, 2019-ben az EU-s átlag 158%-a volt. A jelentős javulás minden korosztályt és – az Egészségügyi Világszervezet Amerikai Régiójának kivételével – minden földrajzi régiót érint, de férfiaknál lényegesen kisebb mértékű, mint nők körében. A javuló trend magyarázható részben a társadalmi változásokkal, részben az öngyilkosság legfontosabb kockázati tényezőjének, a depressziónak, jelentős mértékben javuló gondozási hatékonyságával.

Mindezekon túl a mentális betegségek növelik a fertőző és nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát, balesetekhez, erőszakos cselekményekhez vagy öngyilkossághoz vezethetnek, és általában kedvezőtlenül befolyásolják a krónikus gondozást igénylő betegségek prognózisát, valamint az általuk okozott gazdasági terheket. Egyes becslések alapján a súlyos mentális betegségben szenvedők várható élettartama akár húsz évvel is rövidebb lehet a fenti tényezők következtében.

A mentális és magatartási zavarok gyakoriak a fiatalok körében is. Globálisan a gyerekek és serdülők egyötöde tapasztal valamilyen mentális egészségproblémát. A felnőttkori zavarok csaknem fele serdülőkorban kezdődik, a gyermekkori kedvezőtlen mentális egészség kapcsolatba hozható a felnőttkori érzelmi, magatartási és súlyos pszichiátriai zavarok magasabb prevalenciájával. A 15–39 éves magyar férfiak körében az erőszakos okok, köztük az öngyilkosság, a vezető halálok évek óta.

A 2018-as Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás hazai eredményei szerint a fiúk közel ötödére, a lányok mintegy harmadára jellemző a depresszív hangulat, a lányok minden évfolyamon nagyobb arányban kerülnek a depresszív hangulatú csoportba, és a válaszadók 24,0%-ának már volt öngyilkossági gondolata.

A fiatalok kedvezőtlen mentális egészsége gyakran rosszabb tanulmányi eredménnyel, szerhasználattal, öngyilkossággal, erőszakkal, valamint a reprodukzív és a szexuális élet zavarai társul.

A mentális problémák súlya és komoly következményei ellenére az aktuálisan mentális problémákkal élők kevesebb mint fele kap szakellátást, a megelőző szolgáltatások elérhetősége/igénybevétele szempontjából pedig ez az arány még alacsonyabb. Ehhez az is hozzájárulhat, hogy a lelki elsősegély telefonszolgálatok jelenlegi hálózata elégtelen és az országos lefedettség egyenetlen, korlátozott a pszichoterápiás szolgáltatáshoz való hozzáférés, valamint a gyermekek ellátására nem áll rendelkezésre hatékony ellátást biztosító szakemberhálózat és infrastruktúra. Mindezt az is alátámasztja, hogy a pszichiátria és a gyermek- és ifjúságpszichiátria is hiányszakmának számít és a szakdolgozói hiány is jelentős.

## **Fő célkitűzés**

A mentális betegségek okozta betegségteher csökkentése az elsődleges megelőzés, korai felismerés, ellátás és gondozás javításával.

## **Konkrét célkitűzések**

- Az öngyilkosság okozta halálozás csökkentése 33%-kal 2030-ig.
- Depresszió, kábítószer- és problémás alkoholfogyasztás megelőzése és kezelése.
- A mentális egészség pozitív aspektusaira és az egészséges életmódra irányuló egészségfejlesztési tevékenység a jóllét és az ellenálló képesség növelése érdekében.
- A sérülékeny csoportok (hátrányos helyzetű, fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek) stigmatizációjának és kirekesztésének csökkentése, jogaik tisztelete, az esélyteremtés erősítése; e csoportok ellátásba kerülésének, valamint gondozásának fejlesztése.
- A mentális betegségek megelőzése érdekében könnyebb hozzáférést kell biztosítani a lelki egészségfejlesztési szolgáltatásokhoz, valamint kiemelt figyelmet kell fordítani a közösségi lelki egészségnevelésre, a mentális egészség megőrzésére és fejlesztésére a munkahelyeken, köznevelési és felsőoktatási intézményekben.
- A társadalom minden rétege számára elérhető, biztonságos és hatékony szolgáltatások kialakítása. A mentális egészségügyi ellátás keretein belül is hangsúlyt kell fektetni a közösségi alapú ellátás átfogó megszervezésére és integrált irányítási módszerek kidolgozására.
- A mentális egészségre vonatkozó adatok rendszeres gyűjtése, a mentális egészség fejlesztésével kapcsolatos tudás, tényanyag és bevált módszerek minél szélesebb körben történő terjesztése, mentális egészség programok megvalósítása.
- A mentális egészség szempontjai az összes szakpolitikába épüljenek be, több ágazatra kiterjedő együttműködés valósuljon meg és az eredményes együttműködés elősegítésére partnerségi kapcsolatok alakuljanak ki.

## **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A háziorvosi és a foglalkozás-egészségügyi ellátás prevenciós szemléletű átalakítása népegészségügyi, pszichológus és mentálhigiénés, egészségfejlesztő mentálhigiénés szakemberek bevonása révén, illetve ehhez kapcsolódóan a védőnői preventív tevékenység bővítése.
- A háziorvosi rendelőkhöz kapcsolódó alacsony küszöbű, preventív jellegű pszichológiai ellátás és pszichoterápia biztosítása, a mentális zavarban szenvedő betegek közösségi ellátásának fejlesztése.
- Közösségi alapú szolgáltatások intézményi ellátáshoz viszonyított arányának növelése.
- Az e-health-ben rejlő lehetőségek kiaknázása. A felnőttkori öngyilkos magatartás megelőzése szempontjából fontos a rizikófaktorok (pl. pszichiátriai betegségek) mielőbbi felismerése és kezelése, az öngyilkosságveszély elhárítása, melyet elősegít a háziorvosok és más egészségügyi

szakemberek rendszeres továbbképzése, közösségi alapú programok szervezése és megvalósítása, a „kapuőrök“ (pl. lelki elsősegély telefonszolgálat munkatársai, pedagógusok, papok/lelkészek, rendőrök) oktatása és a hozzátartozók bevonása, túlélők segítése.

- Az egészségügyi és szociális ellátás támogatása, az általános életszínvonal emelése, a munkanélküliség csökkentése.
- Gyógyszerbiztonság javítása, kevésbé toxikus gyógyszerek/vegyszerek forgalmazása.
- Szigorúbb fegyver-, alkohol-, drog- és dohányzásellenes intézkedések bevezetése, hozzáférés korlátozása.
- Biztonságos környezet kialakítása és fenntartása, melyben az öngyilkosság eszközei nem, vagy csak korlátozott mértékben hozzáférhetőek.
- Az öngyilkosság témakörének szakszerű megjelenítése a médiában.
- Öngyilkossági krízis felismerésének javítása, annak azonnali kezelése lehetőség szerint multidiszciplináris csapatok által. A fiatalok lelki egészségének fejlesztése érdekében korai beavatkozásra lehetőséget adó rendszerek kialakítása a közoktatás keretei között.
- A szülői készségeket támogató programok kialakítása.
- A lelki egészséggel és lelki jólléttel foglalkozó szakemberek képzésének támogatása.
- A fiatalok bántalmazásának, illetve a társadalmi kirekesztésnek a megelőzését szolgáló szakemberhálózat, infrastruktúra és programok létrehozása.
- A gyermekpszichiátriai ellátóhelyek és szakemberek, valamint az iskolapszichológusok számának növelése, a gyermek-addiktológiai szakellátás fejlesztése.
- Küzdelem a megbélyegzés és a társadalmi kirekesztés ellen célzott kampányok és tevékenységek támogatásával a lelki zavarokban szenvedő emberek integrációjának elősegítése érdekében.
- A lelki egészségi problémákkal küszködő emberek aktív társadalmi befogadásának támogatása, beleértve a megfelelő foglalkoztatáshoz, képzéshez és oktatási lehetőségekhez való hozzáférést; az érintettek és családjuk, illetve gondozóik bevonása a releváns szakmapolitikai, politikai és döntéshozatali folyamatokba. A mentális egészség szempontjainak beépítése valamennyi szakpolitikai területbe, interszektoriális együttműködések megvalósítása, közösségek és civil szervezetek bevonása.
- A mentális egészség társadalmi determinánsait megcélzó beavatkozások kidolgozása, mentális egészségműveltség fejlesztése, a megvalósításhoz szükséges eszközök biztosítása és tudásbázis létrehozása.

## **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- A mentális betegségteherben – incidencia, prevalencia, halálozás (pl. mentális és viselkedészavarok vagy öngyilkosság okozta halálozás, depresszió prevalenciája) – bekövetkező változás.
- Mentális egészség felmérésére irányuló kutatások száma.
- A jó mentális egészségben lévők arányának változása.
- Alkohol- és kábítószerfogyasztásban bekövetkező változás az egészségfelmérések és a statisztikai adatok (pl. egy főre jutó alkoholfogyasztás) alapján.
- Mentális egészség fejlesztését, mentális zavarok kialakulásának megelőzését célzó programok száma az egyes szintereken.
- Közösségi alapú ellátást biztosító szolgáltatások száma.
- Ellátáshoz való hozzáférés biztosítása (pl. területi egyenlőtlenségek csökkentése, gyermekpszichiátriai és -addiktológiai ambulanciák száma, telefonos lelki elsősegély szolgálathoz érkező hívások).
- Humán erőforrás fejlesztése (pl. gyermekpszichiáterek, pszichológusok, iskolapszichológusok, családterapeuták, mentálhigiénikusok, egészségfejlesztő mentálhigiénikusok, gerontopszichológiai ellátást nyújtók száma 100 000 lakosra számítva).
- Finanszírozásban bekövetkező változások (pl. elkülönített költségvetési keret a programelemek megvalósítására, gyógyszerköltségek változása).
- Foglalkoztatottsági adatok (pl. a mentális betegek foglalkozási rehabilitációjának megítélése, táppénzes napok számában bekövetkezett változás).
- Szakmai irányelvek és protokollok kidolgozása.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium államtitkárságai (kiemelten az Egészségügyi Államtitkárság)
- Pénzügyminisztérium
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Kormányhivatalok népegészségügyi osztályai
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Felsőoktatási intézmények, kiemelten egyetemek orvostudományi, egészségtudományi, népegészségügyi karai, intézetei
- Egészségfejlesztési Irodák

- Lelki Egészség Központok
- Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok
- Praxisközösségek
- Munkáltatók
- Pedagógusok
- Iskola- és foglalkozás-egészségügyi ellátók
- Házi orvosok
- Védőnők
- Önkormányzatok
- Civil szervezetek
- Egyházi partnerek
- Hazai és nemzetközi szakmai szervezetek
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A véletlen balesetek és a szándékos erőszakos cselekmények az emberi szervezetet ért egyszeri külső hatásra, a sérült akarától függetlenül hirtelen vagy rövid idő alatt jönnek létre, melyek kialakulásában szerepe van a természeti és társadalmi környezetnek, a sérült/sértett fizikai és pszichés állapotának. Véletlen balesetek és erőszakos cselekmények miatt a WHO Európai Régiójában a 2010-es években évente 500000 ember halt meg; ez az összes halálozás 3,3 %-a. Az 5–49 éves korcsoportban a balesetek és az erőszakos események vezető halálokokot képviselnek. A balesetek terhét tovább növeli, hogy sokszor élethosszig tartó rokkantsággal járnak, és a DALY 10%-áért felelősek.

Az EUROSTAT adatai szerint az EU országokban 2019-ben 151 337 ember vesztette életét külső okok (baleset vagy erőszak) következtében. A 100000 főre standardizált adatok szerint az EU-ban 33,0 Magyarországon 37,5 volt a külső okok miatti halálozási arányszám. A magyar mutatók kedvezőtlenebbek az EU-országok átlagánál: 65 év alatt (16,8 vs. 13,7 százalékpont) és 65 év felett (123,1 vs. 112,5 százalékpont). A KSH adatai szerint a regisztrált emberölések és testi sértések száma Magyarországon 2010 és 2020 között lényegesen csökkent; előbbi 131-ről 78-ra, utóbbi 14607-ről 7449-re.

A teljes lakosságra vonatkozóan a személyi sérüléssel járó balesetek tekintetében hazánkat az EU átlag fölötti értékek jellemzik: közlekedési balesetek vonatkozásában az EU27 országok rangsorában a 6., háztartási balesetek tekintetében a 2., szabadidős balesetek tekintetében a 14. helyen áll Magyarország. A háziorvosi jelentések szerint 2018-ban az alapellátásban 1258919 orvos-beteg találkozás jött létre sérülések miatt.

A közúti sérülések gazdasági költségvonzata a GDP 2%-a hazánkban, ez megfelel az EU-tagországok átlagának. A halálos kimenetelű közlekedési balesetek száma 2008. évre csökkent 1000 fő alá, s a 2015-2021. közötti években 7-800 fő volt az emberveszteség évente. (2021-ben a halálos közlekedési balesetek megoszlása: 45% személygépkocsi, 23% gyalogos, 13%-át kerékpáros, 11% motorkerékpáros.) A közlekedési balesetben érintettek körében a férfiak és nők aránya 3:1.

A háztartási balesetek közül leggyakoribbak az esések. Az esések okozta halálozás 2015-2021. között évente 1593-1838 fő között variálódott. Kiemelt figyelmet érdemelnek az idősek balesetei, mert esetükben az esés sokszor fatális következménnyel jár.

Vízbefúlás miatt 89-160 fő közötti volt az évenkénti veszteség 2015-2021 között, míg az egyéb ok miatti fulladások száma 225-298 fő/év.

A bejelentett mérgezési esetek száma a 2016-2019 közötti években 22 175-25 814 között változott. A COVID pandémia időszakában csökkent a mérgezések száma, 2021. évben 17 641 esetet jelentettek.

2016-ban a bejelentett eseteknek 33,6%-a, 2021-ben 30,5%-a gyógyszermérgezés volt. A bejelentett kábítószer mérgezések aránya a 2016-os 8,6%-os értékről 2021-re 6,6%-ra csökkent. A bejelentett alkoholmérgezések 2016-ban az összes mérgezéssel járó esetek 48,0%-át, 2021-ben 53,9%-át adták. „Véletlen” mérgezési esetek miatt a 2016-2019 közötti években az 1–9 éves korosztályban évente mintegy 1200–1300 alkalommal került sor orvosi ellátásra.

Az ún. „külső okok” közé sorolt a szándékos önsértés (öngyilkosság) okozta halálozás is, melynek száma 2015-2021 között évi 1870-ről 1561 főre csökkent hazánkban. A KSH elemzés rámutat, hogy a csökkenés 2000 és 2018 között Litvánia és Lettország után Magyarországon volt a legjelentősebb, de a hazai adatok így is kiemelkedően magasak. Az EU átlaggal való összevetésre lehetőséget adó 2019-es OECD adatok alapján Magyarország az öngyilkosság okozta halálozás arányszámát (14,8/100000) tekintve az EU országok között az ötödik helyen állt; a magyar mutatók mindkét nem esetében az EU átlagnál lényegesen kedvezőtlenebbek (nők: 8,3/100000, EU átlag: 5,6/100000; férfiak: 25,9/100000, EU átlag 17,4/100000) voltak. A KSH adatai alapján 2020-ban az arányszám növekedése volt tapasztalható férfiak esetében (28,1/100000), míg a nők körében annak mérsékelt csökkenése (7,8/100000). Korcsoportos bontásban végzett KSH elemzés alapján megállapítható, hogy az arányszám az idősödéssel összefüggésben emelkedik, s a 65 évesek és idősebbek körében 33,8/100000-es értéket ért el 2020-ban (országos átlag: 17,5/100000).

A KSH elemzés rámutat a jelentős térségi egyenlőtlenségekre is: „bár kismértékben csökkentek, továbbra is jelentősek a regionális különbségek: 2020-ban százezer főre számítva Dél-Alföldön 25-en, Nyugat-Dunántúlon 13-an haltak meg öngyilkosság következtében, nemek szerinti bontásban százezer főre számítva Dél-Alföldön 40 férfi és 12 nő, addig Nyugat-Dunántúlon 22 férfi és 5 nő halt meg öngyilkosság következtében.”

## **Fő célkitűzés**

Folyamatosan csökkenjen a baleseti sérülések száma és a külső okok okozta halálozás mértéke.

## **Konkrét célkitűzések**

- A multiszektorális együttműködés feltételeinek javítása.
- Közlekedési balesetek megelőzésére vonatkozó programok fenntartása.
- Gyerekekre és idősekre fókuszáló preventív programok továbbfejlesztése. (például: úszásoktatás, közlekedési balesetek megelőzésének oktatása, esés megelőzést szolgáló intervenciók terjesztése idősek körében)
- Alkohol- és drogfogyasztás megelőzés hatékonyságának javítása.
- Segélyvonalak szolgáltatásainak továbbfejlesztése.

- Hatékony trauma ellátás a halálozási adatok csökkentése érdekében.

## **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

### *Közlekedési balesetek megelőzése*

- Megfelelő közlekedésszervezés, balesetmentes környezet kialakítása, a közlekedési ismeretek oktatása, a közlekedési kultúra javítása. Alkohol- és drogfogyasztás megelőzési programok.
- Idősek számára baleset-megelőzési programok, az autóvezetéshez szükséges orvosi engedély körültekintő kiadása.

### *Mérgezések megelőzése*

- A leendő szülők felkészítése már a várandósság alatt a baleset-megelőzés módjaira.
- A mérgezőanyag-megelőzés jó gyakorlatának terjesztése óvodások és kisiskolások körében.
- A megfelelő védelemmel és feliratozással el nem látott mérgező anyagok kitiltása a piacról.
- A függőséget okozó mérgező anyagok (drog, alkohol) fogyasztásának megelőzését célzó oktatás az iskolákban. Az Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (ETTSZ) zöld vonal hívószámának ismertté tétele a nevelők, szülők körében.

### *Égési sérülések megelőzése*

- A várandósok szülés előtti tájékoztatása, a környezet folyamatos megfigyelése, kiemelten a szociálisan hátrányos környezetben élők csoportjában.
- Gyermek számára égés-prevenációs oktatás.
- Műszaki feltételek javítása a tüzek megelőzésére.

### *Esések és azok következményeinek megelőzése*

- Az időskori esések megelőzése érdekében biztonságos környezet kialakításának támogatása (időskorúak lakásának átalakítása), illetve a balesetet okozó kockázati tényezők minimalizálása (túlzott gyógyszerfogyasztás, szédülést okozó gyógyszerek, szédülést, egyensúlyvesztést okozó betegségek azonosítása). Egyensúlyt javító torna, gyógytorna terjesztése.
- Csontritkulás megelőzése, kezelése.
- Munkahelyi baleset-megelőzési programok.

### *Vízbefúlás megelőzése*

- Biztonsági korlátok, a kijelölt fürdőhelyek fokozott ellenőrzése, a szakképzett vízi mentők számának növelése.
- Az úszás és mentés megtanulásának biztosítása minden általános iskolás gyermek számára.
- A szülők tájékoztatása/képzése a gyermekbalesetek megelőzéséről.

### *Szándékos önártalom*

- Mentálhigiénés iskolai és lakossági programok.



- Depresszió korai felismerése a háziorvosi gyakorlatban, kezelése a szakellátásban

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) lehetőségeinek kihasználása a balesetek következményeinek népegészségügyi értékelésére.
- EUROSTAT és KSH adatok nyomon követése balesetekkel kapcsolatban
- Közlekedési baleseti adatok a rendőrség által végzett adatgyűjtés alapján, valamint a sürgősségi ellátási adatok elemzése a mentés hatékonyságának, hatásosságának értékelése érdekében.
- Mérgezési esetek száma az Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat adatai alapján.
- Égési sérülések számának, súlyosságának alakulása (regisztere kialakítandó).
- Esések, különösen az időskori esések, valamint az esésekből eredő törések, különösen a csípőtáji törés számának alakulása.
- Vízbefúlás esetszámának alakulása a haláloki statisztika és a mentési adatok elemzésével.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Köznevelési Államtitkárság
- Agrárminisztérium
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet
- Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat
- Rendőrség
- Önkormányzatok, munkaügyi és munkavédelmi főosztályok
- Köznevelési intézmények
- Motoros gépjárműoktatást végző szervezetek
- Kerékpáros egyesületek
- Biztosítók
- Országos hálózattal rendelkező idősszervezetek, nyugdíjasklubok
- Lelkisegély szolgálatok
- Családorvosok
- Tűzoltóság
- Védőnők
- Mentálhigiénés szakemberek
- Idősszervezetek, nyugdíjasklubok, betegszervezetek
- Gyógytornászok, gyógytestnevelők
- Munkavédelmi szervezetek

- Egészségfejlesztési Irodák
- Fürdőhelyek, uszodák üzemeltetői, felügyelői
- Vízi mentők
- Úszásoktatók
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézmény
- Média

EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA ÉS A  
KÖZÖSSÉGI-ORIENTÁCIÓJÚ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZEREK  
FEJLESZTÉSE



### Helyzetelemzés/helyzetértékelés

A társadalmi és ezzel szorosan összefüggő egészségi egyenlőtlenségek felszámolása számos nemzetközi és hazai szakpolitikai dokumentum fontos eleme, melyek közül az ENSZ Fenntartható Fejlődési Keretrendszere (Agenda 2030) által megfogalmazott célok az Európai Unió és Magyarország stratégiai céljaival – a lakosság egészségi állapotának, jóllétének szignifikáns javítása, az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése stb. – összhangban vannak. Az EU előrehaladási jelentése szerint bár összességében az egészségi állapot sokat javult az utóbbi évtizedekben, ez nem mindenhol, és nem mindenkit érint egyenlő mértékben, ami elfogadhatatlan; jelentős a hátrányos helyzetű csoportok száma, mérete és az ilyen csoportokba sorolható lakossági hányad a népességben belül.

Az egészség-egyenlőtlenségek annak a társadalomnak a sajátosságaiból erednek, amelyben az emberek születnek, felnőnek, élnek, dolgoznak és öregszenek, ezeket a sajátosságokat az egészség társadalmi meghatározóinak tekintjük. Ezek magukba foglalják a kora gyermekkori történéseket, a gazdasági helyzetet, a foglalkoztatottságot, a lakóhelyi, környezeti jellemzőket és az ellátórendszerek megelőző és betegellátó tevékenységének színvonalát. Ezen tényezők javítása mind a hátrányos helyzetű, sérülékeny csoportok, mind a teljes lakosság szempontjából szükséges az igazságos, gazdaságilag produktív és egészséges társadalom érdekében.

A társadalmi gradiens az egészségi állapotban azt jelenti, hogy az egészség fokozatosan javul, ahogy javul az emberek és/vagy közösségek társadalmi-gazdasági helyzete. Így az egészség-egyenlőtlenségek mindenkit érintenek. Az egészségi állapotban megfigyelhető különbségek szorosan kapcsolódnak az egészségmagatartáshoz (ami egyebek mellett magában foglalja a dohányzást, alkoholfogyasztást, táplálkozást és fizikai aktivitást), valamint a mentális problémákhoz.

Az egészségi állapot tekintetében mutatkozó társadalmi egyenlőtlenségek országon belül is megfigyelhetők, hátterükben az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági tényezők, az egészség alapfeltételeinek (pl. jövedelem, lakhatás) egyenlőtlenségei állnak.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) legutóbbi adatai szerint a háztartások egy főre jutó éves átlagos bruttó és nettó jövedelme 2020-ban az előző évekhez viszonyítva egyaránt növekedett (az átlagos bruttó jövedelem 2,43 millió forint, a nettó jövedelem pedig 1,92 millió forint volt, az előbbi 68,7, az utóbbi 66,9 százalékkal magasabb a 2015. évinél). Bár az EU2030 indikátorai szerint a szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitettek aránya 2015 óta csökkent, 2020-ban a magyar lakosság 19,4%-a a szegénység vagy kirekesztődés legalább egy dimenziója szerint mégis hátrányos helyzetűnek minősült, azaz relatív jövedelmi szegénységben, súlyos anyagi és szociális deprivációban és/vagy nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élt.

Az EU2030 célok szerinti KSH adatok alapján 2020-ban a relatív jövedelmi szegénységi arány 12,7% volt, 1,8 százalékponttal kevesebb, mint 2015-ben, a súlyos anyagi és szociális deprivációban élők aránya 2020-ban 10,2% volt, 10,4 százalékponttal alacsonyabb a 2015. évinél, míg a nagyon alacsony munkaintenzitású családban élők aránya 5,3% volt, 2,4 százalékponttal kevesebb, mint 2015-ben.

A jövedelmi egyenlőtlenségek országos szintű jellemzésére alkalmas Gini-együttható 2020-ban Magyarországon 27,7, a felső és az alsó jövedelmi ötöd hányadosát mutató S80/S20 indikátor értéke 4,2, míg az uniós átlag 30,0, illetve 5,2 volt. Hazánk, mindkét mutató alapján európai viszonylatban a közepesen egyenlőtlen országok közé sorolható.

A 2015–2020 közötti időszakban csökkent a legfeljebb alacsony fokú végzettséggel rendelkezők, és nőtt a diplomások aránya. 2020-ban a 25–64 éves lakosság 14,4%-a alacsony fokú, 58,4%-a középfokú, 27,2%-a pedig felsőfokú végzettségű volt. 2020-ban a legfeljebb alacsony fokú végzettséggel rendelkezők 43,3%-a, míg a felsőfokú végzettségűeknek mindössze 5,2%-a volt kitéve a szegénység vagy kirekesztettség kockázatának. Részben a családi adókedvezményeknek köszönhetően a gyermekes háztartásokban folyamatosan csökkent a jövedelmi szegények aránya. Kiemelendő viszont, hogy az egyszülős és a több mint két gyermeket nevelő családok továbbra is nagyobb mértékben vannak kitéve a szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának; 2020-ban az egyszülős háztartások 40,7%-a, a három vagy annál több gyermekes háztartások 27,9%-a, míg az egy vagy két gyermeket nevelők 14,8, illetve 12,5%-a volt érintett; a roma népesség körében pedig ez az arány (67,8%) közel négyszerese az országos átlagnak (17,9%).

Összességében a 15–64 éves korú lakosság körében nőtt a foglalkoztatási ráta, ugyanakkor jelentősen megnőtt az alacsony fokú és a felsőfokú végzettségűek foglalkoztatási rátája közötti különbség is; az alacsony végzettségűek munkaerő-piaci esélyei a legkedvezőtlenebbek (foglalkoztatásuk elmarad az EU-27 átlagától). Jelentősek a foglalkoztatásban megfigyelhető területi különbségek is: 2020-ban a leghátrányosabb helyzetű régiók a Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország és Észak-Alföld voltak, a legkedvezőbb pedig – mintegy 10 százalékpontos különbséggel – Budapest.

Az egészség társadalmi meghatározóinak vizsgálata és kedvező befolyásolása stratégiai fontosságú a lakosság egészségi állapotának javítása szempontjából, mivel a társadalmi tényezők határozzák meg leginkább az életmódot, de az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást is. Az egyének társadalmi státuszuktól függően eltérő mértékben vannak kitéve az egészséget veszélyeztető kockázati tényezőknek, de az egészségügyi ellátás igénybevételében is nagyok a társadalmi különbségek. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) 2019 adatai szerint az iskolázottsági mutatók javulásával az egészségmagatartáshoz köthető kockázatoknak kitett lakosság aránya (a legfeljebb alacsony fokú végzettségűek prevalencia mutatóit a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében tapasztalt prevalenciához viszonyítva) csökken – dohányzás (34,8% vs. 11,3%), nagyívás (14,0% vs. 6,5%), túlsúly és elhízás (54,1% vs. 52,5%) –, míg az egészségre pozitív hatású magatartásformák, mint a napi rendszerességű zöldség- (40,0% vs. 48,0%), illetve gyümölcsfogyasztás (52,0% vs. 58,0%), vagy a WHO

ajánlásának megfelelő fizikai aktivitás gyakorisága nő (az érettségivel nem rendelkezők kevesebbet mozognak szabadidejükben, mint az érettségizettek és a diplomások).

A társadalmi-gazdasági helyzettel összefüggésben a születéskor várható élettartam és a születéskor egészségesen várható élettartam regionális egyenlőtlenségei is kimutathatóak; mindkét mutató esetében a leghosszabb élettartamra a közép-magyarországi lakosok, a legrövidebbre az észak-magyarországiak számíthatnak. Ugyancsak jelentős területi egyenlőtlenségek mutathatók ki a csecsemőhalálozás vármegyéenkénti elemzése során: 2020-ban a legmagasabb érték (Tolna vármegye) közel 2,5-szerese volt a legalacsonyabb értéknek (Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye). A földrajzi/területi egyenlőtlenségek kapcsán kiemelő, hogy ezek nem a földrajzi hely, hanem a régió gazdasági fejlettsége által meghatározottak.

A Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács negyedik jelentése (2021) szerint az Agenda 2030 társadalmi környezethez, egyenlőtlenségekhez kapcsolódó három célkitűzésének (1., 3. és 10. cél) teljesülését tekintve hazánk teljesítménye az 1. cél (A szegénység felszámolása) tekintetében az EU átlag felett van és haladunk a SDG cél elérése felé, a 3. célkitűzés (Egészség és jóllét) esetében az EU átlag alatt vagyunk, de a SDG cél teljesítése felé haladunk, míg a 10. cél (Egyenlőtlenségek csökkentése) vonatkozásában jobbak vagyunk, mint az EU átlag, de ország esélye az SDG elérése szempontjából romlott.

### **Fő célkitűzés**

A társadalmi egyenlőtlenségek – ezáltal az egészségmagatartás és az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek – csökkentése, az egészségszakadék mérséklése.

### **Konkrét célkitűzések**

A társadalmi környezet szempontjából:

- A 25–64 év közötti népesség iskolai végzettség szerinti megoszlásának kedvezőbbé tétele, a legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezők arányának csökkentése, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők arányának növelése.
- Szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitétek – relatív jövedelmi szegénységben élők, súlyos anyagi és szociális deprivációban élők, nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élők – arányának csökkentése.
- A roma lakosság egészségi állapotának, iskolázottságának, munkaerőpiaci, jövedelmi, lakhatási helyzetének javítása.
- A foglalkoztatottság növelése a jövedelmi szegénység csökkentése érdekében.
- A háztartások egy főre jutó éves átlagos jövedelmének növelése.
- A jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentése.

- A lakosság elsősegély-nyújtási hajlandóságának és kompetenciáinak erősítése.

Az egészségi állapotban és az egészségmagatartásban kimutatható egyenlőtlenségek csökkentése érdekében:

- A születéskor várható átlagos élettartam további növelése, a társadalmi csoportok közötti különbség csökkentésével.
- A születéskor egészségesen várható átlagos élettartam további növelése, a társadalmi csoportok közötti különbség csökkentésével.
- Az egészségmagatartásban kimutatható társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése.
- A naponta zöldséget és/vagy gyümölcsöt fogyasztók arányának növelése a 18 éves és idősebb lakosság körében, a társadalmi csoportok közötti különbség csökkentése.
- A naponta dohányzók arányának csökkentése a 18 éves és idősebb lakosság körében, a társadalmi csoportok közötti különbség csökkentése.
- A túlzott alkoholfogyasztók arányának csökkentése a 18 éves és idősebb lakosság körében, a társadalmi csoportok közötti különbség csökkentése.

### **Javasolt intervenciók – Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

A WHO az egyenlőtlenségek csökkentése/felszámolása érdekében három területen javasol beavatkozásokat: a mindennapi életfeltételek javítása; a hatalom, a pénz és az erőforrások egyenlőtlen elosztása elleni küzdelem; a háttérben álló problémák feltárása, folyamatos mérése és az ezekkel kapcsolatos tudás széles körben való terjesztése. Ezek a célkitűzések az ENSZ Fenntartható Fejlődés Agenda 2030 dokumentumának célrendszerében is megfogalmazásra kerülnek, úgymint az alacsony jövedelmű lakosság jövedelmének nagyobb arányú növelése; a társadalmi, gazdasági, politikai beilleszkedés javítása kortól, nemtől, etnikai hovatartozástól, vallási, gazdasági stb. státusztól függetlenül; az egyenlő lehetőségek biztosításának támogatása, az egyenlőtlenségek csökkentése a jövedelem, a törvények, politikák stb. tekintetében.

Az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló beavatkozások elsősorban kormányzati szinten tudnak megvalósulni, a főbb területeket az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia is kiemelte. Az egészségügyi ágazat „Egészséges Magyarország 2021–2027” című stratégiájában megfogalmazott hosszú távú célok a 2020-ig kitűzött célok fenntartását is magukban foglalják, valamint illeszkednek az EU szakpolitikai stratégiáihoz:

- Az egészségi állapot meghatározóit kedvező irányba befolyásoló, ún. „egészségbarát” kormányzás a kormányzati politika minden (nemzetközi, nemzeti, regionális és helyi) szintjén, valamennyi ágazatban (politikák, befektetések és szolgáltatások) és érdekelt féllel (állami, magán és önkéntes) való fokozott összehangolása.

- Szakpolitikai intézkedések, a társadalmi meghatározókra irányuló, mindenki egészségének javítását szolgáló egyetemes politikák kidolgozása.
- Szakpolitikai intézkedések, célzott beavatkozások a társadalmi-gazdasági hátrány szempontjából leginkább érintettekre kiemelt figyelmet fordítva.
- Az egészségtudatos magatartást elősegítő fizikai, társadalmi, gazdasági és jogi környezet biztosítása (pl. az egészséges táplálkozást támogató ár-, adóintézkedések).
- A népegészségügyi/prevenációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása (lakóhelyközeli szolgáltatások biztosítása) a területi és társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében.

Az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló intervenciók megjelennek a Program „Egészség egy életen át” című fejezetében (anya, csecsemő, gyermek, felnőtt, idősek, veszélyeztetett csoportok, életmódtényezők), valamint jelen fejezet több alfejezetében is (lakó- és települési környezet, munkahelyi környezet, népegészségügyi fókuszú alapellátás stb.)

Javasolt a társadalmi meghatározók mentén történő adatgyűjtést és értékelést végző központ létrehozása (kapcsolódás az „Országos lefedettséget biztosító, regionális alapon szervezett egészségobszervatórium-rendszer létrehozása és működtetése” című alfejezethez), amely lehetővé teszi indikátorokhoz rendelkezhetően az adatok folyamatos gyűjtését, értékelését, a kockázati csoportok közötti összehasonlító elemzéseket, különös tekintettel a társadalmi és területi egyenlőtlenségekre.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

A lakosság társadalmi helyzetének vizsgálata (KSH éves jelentései alapján) a társadalmi környezet szempontjából releváns indikátorok mentén:

- A 25–64 év közötti népesség iskolai végzettség szerinti megoszlása.
- Az oktatásban, foglalkoztatásban és továbbképzésben nem részesülők aránya a 15–24 évesek körében.
- A szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitettek aránya:
  - munkanélküliek aránya korcsoportonként,
  - relatív jövedelmi szegénységben élők aránya,
  - súlyos anyagi és szociális deprivációban élők aránya,
  - nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban (melyekben a munkaképes korú – 18 és 59 év közötti – felnőttek az előző évben teljes munkapotenciáljuk kevesebb mint 20%-át töltötték munkával) élők aránya (munkaszegénység mértéke).
- A 20–64 évesek foglalkoztatási rátája.
- A háztartások egy főre jutó éves átlagos jövedelme.
- A jövedelemeloszlás egyenlőtlensége:



- Gini-együttható
- S80/S20 indikátor (income quintile share ratio)

Az egészségi állapot és az egészségmagatartás szempontjából releváns indikátorok iskolai végzettség és terület (régió) szerinti eloszlásban:

- A születéskor várható átlagos élettartam változásának vizsgálata a KSH éves jelentése alapján.
- A születéskor egészségesen várható átlagos élettartam változásának vizsgálata a KSH éves jelentése alapján.
- Az egészségmagatartás indikátorai – túlsúly és elhízás, testmozgás, zöldség-gyümölcs fogyasztás, dohányzás, nagyívás – változásának vizsgálata (ELEF vizsgálatok 5 évente, háziorvosi prevenciók tevékenység, szűrővizsgálatok – Egészségi Állapot Felmérés – adataiból 3 évente).

A célkitűzés megvalósításával összhangban lévő kormányzati és szakpolitikai intézkedések, törvényi szabályozások kvalitatív értékelése:

- Az erőforrások egyenlőtlen elosztásának felszámolására irányuló kormányzati jogi intézkedések (törvények, rendeletek), azok hatályba lépése; egészséghatás-vizsgálatok.
- A társadalmi meghatározókra irányuló szakpolitikai intézkedések, azok hatályba lépése.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium államtitkárságai
- Pénzügyminisztérium
- Kulturális és Innovációs Minisztérium
- Gazdaságfejlesztési Minisztérium
- Kormányhivatalok
- Önkormányzatok
- Klebelsberg Központ
- Orvos-egészségtudományi képzést, valamint pedagógusképzést folytató egyetemek, intézetek
- Köznevelési intézmények
- Központi Statisztikai Hivatal
- Civil és egyházi szervezetek
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az összes megbetegedések 14%-át kitevő környezeti eredetű betegségteher csökkentésének záloga a fenntartható fejlődés 2030-ig szóló programjához kötött Fenntartható Fejlődési Célokkal való szinergia megteremtése, annak az alapelvek az érvényesítése, hogy az emberi egészség szempontjából a tiszta levegő, az ivóvíz és szanitáció, a lakás, lakhatás, lakó- és települési környezet, az iskolai környezet, az egészségügyi intézmények környezete kritikus jelentőségűek. Becslések szerint Magyarországon 2019-ben az összes betegségteher mintegy 10,4%-a volt környezeti kockázati tényezőknek tulajdonítható, ez alacsonyabb, mint a globális átlag 14,28%, Európában a legkedvezőbb a helyzet Finnországban (4,72%), míg a legkedvezőtlenebb Bulgáriában (13,11%).

A *légszennyezettség* napjainkban is a legjelentősebb környezet-egészségügyi kockázati tényező. Hazánkban a Global Burden of Disease adatbázis alapján 2019-ben a rokkantsággal korrigált elveszített életek 5,3%-a (nőknél 4,8%-a, férfiaknál 5,6%-a) volt a légszennyezettségnek tulajdonítható, ami főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a krónikus légzőszervi betegségek miatt következett be. A légszennyezettség – a dohányzás mellett – a krónikus légzőrendszeri betegségek másik jelentős kockázati tényezője. A kültéri légszennyezettség a WHO becslése szerint közel 569 000 halálesetért volt felelős Európában 2019-ben, főként városi környezetben, ahol a kibocsátás túlnyomó része a közlekedésből és a háztartásokból származik. A légszennyezők közül a kisméretű aeroszol részecskéket (különösen a PM<sub>2.5</sub> egészségkárosító hatása miatt) az IARC (International Agency for Research on Cancer) a bizonyítottan humán daganatkeltők osztályába sorolja. Az Eurostat adatai szerint hazánkban a PM<sub>10</sub> éves átlagkoncentráció-értékek lakossággal súlyozott átlagát az elmúlt 10 évben csökkenő tendencia jellemezte, értéke 28,8 µg/m<sup>3</sup>-ről (2013) 24,4 µg/m<sup>3</sup>-re (2019) csökkent. A lakosság egészségi állapotának védelme érdekében azonban további csökkentése szükséges a WHO által 2021-ben megjelölt célérték (15 µg/m<sup>3</sup>) eléréséhez. Hazánkban az invazív parlagfű nagyfokú pollenszórása jelentős allergiás betegségterhet okoz, ezért kiemelten kezelendő biológiai légszennyező. Mivel időnk 80-90%-át beltéri környezetben töltjük, így kiemelt szerepe van a beltéri légszennyezettség egészséghatásának is. Az épületek levegőjében található, sok esetben penészedéshez köthető, biológiai kóroki tényezők átlagosan 50%-kal növelik a krónikus légzőrendszeri megbetegedések kockázatát.

A *környezeti zaj* (az úgynevezett közösségi zaj vagy lakossági zaj) a második legjelentősebb környezeti eredetű kockázati tényezőnek tekinthető, ami számos betegség kialakulásához hozzájárul (pl. magasvérnyomás, ischaemiás szívbetegség). A környezeti zajba a munkahelyi expozíció kivételével az összes kibocsátó forrásból származó zajt beleértjük, a kitettség legfontosabb meghatározói az urbanizáció, a gazdasági növekedés és a gépjármű közlekedés.

A *jó minőségű ivóvíz* biztosítása a közegészségügy sarokpillére. A hatékony víztisztítás, vízkezelés, a kockázat alapú ivóvízszolgáltatás – az ivóvíz szigorú kémiai, mikrobiológiai ellenőrzése, az eredményes vízhygiénés felügyeleti tevékenység – következtében az ivóvízjárványok hazánkban nagyon ritkák. 2021-ben a háztartások 95%-a részesült közműves ivóvízellátásban, a lakosság további 3-4%-a közkifolyókról jutott közműves ivóvízhez. A szennyvízelvezető hálózatba bekapcsolt lakások száma 2019-ben elérte a 83%-ot. Ugyanakkor a területi és társadalmi-gazdasági eltérés jelentős, a hátrányos helyzetű csoportok hozzáférése az egészséges ivóvízhez és a megfelelő szanitációhoz/szennyvízkezeléshez nem mindenütt biztosított. Az összegyűjtött szennyvíz növekvő kezelési aránya (jelenleg 91%-a III. tisztítási fokozattal tisztított) környezetvédelmi és közegészségügyi szempontból jelentős előrelépés, csökkenti az élővizek terhelését, óvja a vizek minőségét és védi a vízbázisokat, de továbbra is jelentős kihívás a gazdaságosan közműre nem csatlakoztatható háztartások megfelelő szennyvízkezelésének megoldása. Az egyre nagyobb aggodalomra okot adó szerves mikroszennyezők (pl. gyógyszermaradványok) eltávolításához közegészségügyi szempontból további, IV. tisztítási fokozat bevezetése szükséges.

Napjainkban már nem a geológiai eredetű vízbázis szennyezők jelentik a legnagyobb kihívást, hanem egyre nagyobb szerepe van az elosztóhálózatból származó ún. másodlagos kémiai és mikrobiológiai szennyezéseknek (ólom- és egyéb nehézfém-kioldódás, potenciálisan kórokozó mikroorganizmusok elszaporodása). Az ebből származó egészségkockázat különösen a gyermek- és az egészségügyi intézményekben jelentős.

A COVID-19 pandémia során került a figyelem középpontjába a szennyvíz alapú epidemiológia, amely a lakosság egészségi állapotának, egyes fertőző és nem fertőző betegségek nyomon követésének gyors, és a reprezentált lakosság számához képest rendkívül költséghatékony módja. Segítségével a népegészségügyi trendekről – legyen az egy járványhullám vagy egy új illegális szer elterjedése – még azelőtt képet kaphatnak a döntéshozók, mielőtt a betegek tömegesen megjelenének az ellátórendszerben. Modern életünk velejárója, hogy ki vagyunk téve a háztartásokban, használati (köztük ételmezési célt szolgáló) termékekben előforduló nagyszámú *vegyi anyag* egészségkárosító hatásának. Az otthoni mérgezési esetek száma meghaladja az évi húszezret. A vegyi anyagok kezelésének egyre kiterjedtebb szabályozása ellenére mind több a bizonyíték a vegyi anyagok – különösen az érzékeny életszakaszban érvényesülő – gyakran hosszabb távon megnyilvánuló káros hatására vonatkozóan.

A *hulladékok* képződésük, kezelésük, elhelyezésük során potenciális közvetlen és közvetett veszélyt jelentenek az emberre és környezetre nézve. Magyarországon húszezer hátrahagyott szennyezett ipari területet, telephelyet tartanak nyilván. A szennyezett talaj és/vagy talajvíz környezet- és egészségkárosodást okozó hatása különösen veszélyezteti a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat.

A *klimaváltozás* jelentős mértékben hozzájárul a környezeti eredetű betegségteherhez. A hóhullámos napok alatt a napi halálozás a nyári hűvösebb napok országos átlagához viszonyítva kb. 15%-kal emelkedik meg. Folyamatos kihívást jelentenek az időjárási szélsőségek, a növekvő intenzitású ultraibolya (UV-B) sugárzás kedvezőtlen egészséghatásai. Egyre nagyobb hangsúlyt kell fektetni az

alkalmazkodás elősegítésére, a riasztás és védekezés közösségi megoldásainak fejlesztésére összhangban a II. Nemzeti Éghajlatváltozási Stratégia (2014–2025) céljaival.

A **kórházak, betegellátó intézmények** nagy mennyiségű energiát használnak fel, szén-dioxid-kibocsátásuk jelentős és a képződő hulladékok egy része veszélyes és fertőző. A betegellátó intézmények esetében - a kezelt sérülékeny populáció miatt különösen - a környezeti egészséghatások vizsgálata elengedhetetlen.

Magyarország lakosainak 70%-a városlakó. Az **urbanizáció**val az emberek környezetében, beleértve a társadalmi, gazdasági, kulturális, munka- és lakókörnyezetet, igen jelentős mértékben koncentrálnak a veszélyforrások is, amelyek hatása az egészségi egyenlőtlenségekben is megnyilvánul.

## Fő célkitűzés

A levegő, a víz, a lakó- és települési, valamint az iskolai és az egészségügyi intézményi környezettel összefüggő egészségkárosító tényezők csökkentése révén a környezeti eredetű betegségteher mérséklése.

## Konkrét célkitűzések

- Az NNP futamidejének végére csökkenjen a bel-és kültéri légszennyezettség által okozott betegségteher.
- A biztonságos ivóvízhez, valamint a környezet tisztaságát biztosító szolgáltatásokhoz való egyetemes, méltányos és fenntartható hozzáférés biztosítása, és az ivóvízfogyasztással, fürdőzéssel kapcsolatos egészségkockázatok csökkentése.
- A COVID-19 monitorozása céljából létrehozott szennyvíz surveillance rendszer továbbfejlesztése további fertőző (beleértve az antimikrobiális rezisztenciát is), valamint nem fertőző betegségek veszélyét jelző indikátorok változásának monitorozására.
- A kémiai biztonság erősítése, támogatva az egész életciklusuk során biztonságos termékek használatát, kiemelten kezelve a háztartási, gyermekkori mérgezések csökkentését, a lakosság, különösen a sérülékeny lakossági csoportok (gyermekek, várandósok, betegek, idősek, marginalizálódó társadalmi csoportok) vegyi expozíció okozta egészségkockázatának csökkentését, valamint a körkörös, zöld gazdaságra való áttérést.
- A humán biomonitoring közegészségügyi szakpolitikai döntéseket támogató eszközként való alkalmazása.
- A klímaváltozáshoz való humán és intézményi alkalmazkodás elősegítése az Európai Unió „Alkalmazkodás a klímaváltozáshoz” stratégiai célkitűzéseivel és a Párizsi Klíma-megállapodással összhangban, valamint az időjárási szélsőségekkel összefüggő többlethalálozás mérséklése.

- A település-egészségügyi követelmények érvényesítése a városrendezési és -felújítási, valamint terület- és településfejlesztési programokban.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A kültéri légszennyezettség egészségkockázatának rendszeres értékelése a WHO AirQ+ programja segítségével, s adekvát reagálás biztosítása.
- A lakosság szemléletformálása az illegális lakossági hulladékégetés és a helytelen lakossági fűtésből eredő káros környezeti és egészséghatások megszüntetése érdekében.
- A különböző környezeti kockázati tényezők egészséghatásának vizsgálata az Országos Gyermekek - légúti Felmérés – OGYELF – megfelelő időközönként történő elvégzésével, eredményeinek értékelése követéses formában. Az OGYELF eredmények széleskörű, lakosság számára készített tájékoztató anyagok formájában történő terjesztése.
- A beltéri légszennyezéssel kapcsolatos ismeretek bővítése, az egészségkockázatok felmérése és szakmai útmutató készítése a kockázatok csökkentésének céljából építészeti, épületgépészeti, szellőzés-technikai megoldásokkal, kiemelten a gyermekek tartózkodására szolgáló zárt terekben, gyermek-egészségügyi és oktatási intézményekben, otthonokban.
- A biológiai allergének monitorozása és a lakosság rendszeres tájékoztatása a betegségteher csökkentése érdekében, előrejelző rendszer üzemeltetése és folyamatos fejlesztése
- A Nemzeti Radon Cselekvési Terv szerint a beltéri radonszintek felmérése, elektromágneses expozíciós vizsgálatok végzése.
- Az ivóvízbiztonság növelése érdekében a nem szokványosan vizsgált komponensek (kémiai, mikrobiológiai, radiológiai szennyezők) potenciális veszélyességének elemzése.
- A kockázat alapú ivóvíz-szolgáltatás és vízminőség-felügyelet kiterjesztése, integrált értékelése az ivóvízbázisokat tartalmazó nyersvizektől az épületek belső hálózatáig; az új Európai Unió ivóvíz szabályozás hazai adaptálásával.
- Antimikrobiális rezisztencia környezeti előfordulásának felmérése.
- A vízhygiénés helyzet rendszeres ellenőrzése az oktatási-nevelési és egészségügyi intézményekben, ajánlás az épületi vízrendszerek jó üzemeltetési gyakorlatára.
- Az ivóvízellátó rendszerek felkészítése a szélsőséges időjárási viszonyok okozta terhelésekre, a vízhygiénés szempontok erősítése.
- Szakmai támogatás a szennyvíz-biztonsági tervek elkészítéséhez.
- Magánkutak használatával kapcsolatos kockázatok felmérése, ajánlás készítése.
- A fenntartható vízhasználat támogatása.

- Kapacitásfejlesztés a veszélyes anyagok kevésbé veszélyesekkel való helyettesítése, valamint az elővigyázatossági megközelítés helyénvaló alkalmazásának támogatása érdekében.
- A településeken a szennyezett ipari területek, telephelyek humán- és környezet-egészségügyi kockázatának felmérése.
- Extrém időjárási helyzetek idején a korai figyelmeztető rendszerek fejlesztése, adekvát működtetése.
- A klímaváltozás egészségkockázatainak oktatása minden szinten, különös tekintettel az orvos- és egészségügyi szakemberek képzésében.
- A hőhullámokkal kapcsolatos többlethalálozás elemzése, az eredmények felhasználása a korai figyelmeztető rendszerek hatékonyságának értékelésében.
- Klíma-specifikus növényindikátorok kifejlesztése az Aerobiológiai Hálózat által, és ezek alkalmazásával a klímaváltozás hatásának jellemzése.
- A klímaváltozással kapcsolatos fertőző betegségek – elsősorban a vektorok által terjesztett betegségek – monitorozása, surveillance rendszer működtetése.
- Hulladékáram-vizsgálatok végzése az egészségügyi, kórházi és gyógyszerhulladékok kockázatának csökkentésére, útmutató készítése a hulladékokkal kapcsolatos jelentéstétel készítéséhez.
- A kórházak/betegellátó intézmények energiatakarékossági jellemzőinek felmérése, ivóvíz- és használati melegvíz-ellátás és szanitáció körülményeinek vizsgálata, javítása.
- Az egészséges mobilitást – a gyalogos közlekedés, a kerékpározás és a közösségi közlekedés összhangját – elősegítő környezet- és klímabarát várospolitikai támogatása.
- A várostervezési és infrastruktúrafejlesztési oktatási tantervek kibővítése település-egészségügyi ismeretekkel.

## **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

### *Levegőminőség*

- A kültéri levegőszennyezés egészségkockázatának (többlethalálozás) rendszeres monitorozása az SDG célokkal összhangban
- Krónikus légzőszervi és allergiás tünetekkel küszködő iskolás gyermekek aránya.
- A beltéri levegőminőség szabályozását tartalmazó jogszabály és útmutató kidolgozása.

### *Ivóvíz és szanitáció*

- Megfelelően üzemeltetett ivóvízellátórendszerrel ellátott lakosok aránya, a területi eltérések változása.
- Megfelelő minőségű közüzemi ivóvízzel ellátott lakosok aránya, a területi eltérések változása.

- A lakosság fürdőszobával való ellátottságának alakulása, a területi eltérések változása.
- *Legionella*- és ólom-szennyezés szempontjából kockázatos intézmények felmérése, elvégzett kockázatértékelések aránya.
- Ivóvízellátás és szanitáció szempontjából megfelelő gyermekintézmények aránya, a területi eltérések változása.

#### *Szennyvíz alapú epidemiológia*

- A szennyvíz alapú epidemiológiai vizsgálatokban monitorozott kórokozók és egyéb népegészségügyi kockázati tényezők száma.

#### *Kémiai biztonság erősítése*

- Az otthoni mérgezések száma, különös tekintettel a gyermekmérgezési esetekre.
- Humán biomonitoring felmérések, monitorozott kémiai anyagok és a felmérésekbe bevont személyek száma.

#### *Hulladékok okozta egészségkárosodások megelőzése*

- Az egészségügyi hulladékok mennyiségének változása.

#### *Klímaváltozás*

- Többlethalalozás hőhullámok/hideghullámok idején.
- A keringési és légzőszervi betegségek miatti halálozások alakulása nyári és téli szmoghelyzetek ideje alatt.
- Klímaérzékeny inváziós, allergén növények pollen koncentrációjának nyomon követése, a pollenszezonok alakulása indikátornövények alapján.
- A klímaváltozással összefüggő, vektorok által terjesztett betegségek számának alakulása.

#### *Környezeti szempontból fenntartható egészségügyi intézmények kialakítása*

- Hőszigetelt épületek, klimatizált helyiségek számának alakulása.
- Kórházi (veszélyes, nem veszélyes) hulladékok mennyiségének változása, környezetbarát hulladékkezelés nyomon követése.
- Beltéri radonszintek és építőanyagoktól származó gamma-sugárzás-szintek változása.
- Ivóvízellátás és szanitáció szempontjából megfelelő egészségügyi intézmények aránya.

#### *Az urbanizáció okozta egészségkockázatok csökkentése*

- A városi zöld területek (parkok, többfunkciós parkok) aránya, elérhetősége a lakóövezetekben.
- Kerékpárutak hossza, tömegközlekedési útvonalak hossza, megállók száma.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium államtitkárságai
- Energiaügyi Minisztérium

- Agrárminisztérium
- Építési és Közlekedési Minisztérium
- Gazdaságfejlesztési Minisztérium
- Kulturális és Innovációs Minisztérium
- Pénzügyminisztérium
- Igazságügyi Minisztérium
- Miniszterelnökség
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Egészségügyi Szakmai Kollégium releváns tagozatai
- Magyar Tudományos Akadémia
- Egyetemek orvostudományi és egészségtudományi karai
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Vármegyei kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai
- Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság
- Egészségügyi Világszervezet, Európai Környezet és Egészség Központ
- ENSZ Európai Gazdasági Bizottsága
- Civil szervezetek
- Média



### Helyzetelemzés/helyzetértékelés

A munkavégzés körülményei és módja alapvetően befolyásolják az egészségi állapotot. A munka és az egészség komplex kétirányú kapcsolatában az emberi egészség és a munkateljesítmény optimális fenntartása egyaránt fontos, hiszen hatékony munkát csak egészséges és megfelelően képzett munkavállalók tudnak végezni, akik egészségének megőrzésében az azt támogató munkahelynek alapvető szerepe van. A megfelelő munkahelyi körülmények között végzett eredményes munka az önbecsülés, személyes fejlődési lehetőség, anyagi biztonság, társadalmi kapcsolatok és státusz megteremtésével lényeges meghatározója az egészségnek. Magyarország Alaptörvénye kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, melyet többek között a munkavédelem megszervezésével és működtetésével biztosít. A munkavédelem feladata a dolgozók lehetséges legmagasabb szintű fizikai, mentális és szociális jóllétének támogatása minden munkaterületen, amely a munkavállalóknak a munkakörnyezetben előforduló kóros tényezőkből eredő egészségkockázatoktól való védelme, valamint a munkavállaló fizikai és pszichés képességeihez igazított munkakörnyezetben történő foglalkoztatása révén az egészségromlás megelőzésével és az egészség fejlesztésével érhető el.

A Finn Munkavédelmi Intézet becslése szerint 2014-ben 2,78 millió ember halt meg foglalkozási okok miatt a világon, túlnyomó többségük (86%-uk) betegségek és csak kisebb hányaduk balesetek következtében. 2019-ben a munkahelyi okok a globális betegségteher legfontosabb kockázati tényezői között a világon a 12., a fejlett országokban a 10. helyet foglalták el.

2019-ben Magyarországon 4644600 fő volt foglalkoztatott, közülük 3185700 alkalmazott, akik legnagyobb számban a feldolgozóiparban és kereskedelemben – túlnyomó részt kis- és középvállalkozásoknál – dolgoztak. A munkaegészségügyi vizsgálatok megfigyelései szerint a munkahelyeken legtöbbször fokozott pszichés terhelésnek, biológiai kóros tényezőknek és balesetveszélynek vannak kitéve, amelyekhez a European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks 2019 európai felmérés alapján az ergonómiai problémák csatlakoznak. A rokkantsággal korrigált elveszített életévek 2,3%-a (férfiaknál 3,1%, nőknél 1,5%) volt becslések szerint foglalkozási eredetű 2019-ben hazánkban, főként vázizomrendszeri megbetegedések, daganatok, krónikus légzőrendszeri megbetegedések és sérülések következtében, bár feltételezhetően a foglalkozási tényezők egészséghatása ennél nagyobb mértékű. A bejelentett munkahelyi balesetek száma 24 055 (755,1/100000 foglalkoztatott) volt 2019-ben, melyek közül 118 volt súlyos és 83 halálos kimenetelű. 2019-ben 211 foglalkozási megbetegedést jelentettek be és ebből 148 került elfogadásra (4,6/100000 foglalkoztatott), ami 2015 óta csökkenő tendenciát mutat, és jelentősen alacsonyabb a 2000-es évek elejének 500 körüli értékeinél. A leggyakoribbak a fertőző és egyéb (pl. mozgásszervi) betegségek, mérgezések, légzőrendszeri megbetegedések és ionizáló sugárzás okozta ártalmak voltak. Ebben az évben 62 fokozott expozíciós

esetet jelentettek be és 38-at regisztráltak (1,2/100000 foglalkoztatott), ami jelentős visszaesés az évszázad eleji, a foglalkozási betegségekkel közel megegyező értékekhez képest.

Bár a nyilvántartásba vett foglalkozási betegségek gyakorisága viszonylag alacsonynak tekinthető hazánkban, a munkabaleseteknél jóval kisebb számuk, a fokozott expozíciós eseteknek a betegségekhez képest ritkább regisztrációja, valamint a foglalkozási betegségek körében egyes betegségtípusok (pl. mozgásszervi betegségek, daganatok) alacsony száma és aránya az esetek feltárásának és bejelentésének jelentős hiányosságaira utal. A hazánkkal közel azonos méretű lakossággal és foglalkoztatotti létszámmal rendelkező Belgiumban tízszer, Csehországban háromszor több foglalkozási megbetegedést regisztráltak az utóbbi években, mint Magyarországon. 2015-ben egymillió 15–64 éves munkavállalóra 826 foglalkozási megbetegedés jutott Belgiumban, 252 Csehországban és mindössze 74 Magyarországon. Becslések szerint a daganatos betegségek okozta halálozás mintegy 4%-a tekinthető foglalkozási eredetűnek, ugyanakkor hazánkban a bejelentett foglalkozási daganatos halálesetek száma több mint két nagyságrenddel tér el a várt értéktől, mivel évente néhány, 2019-ben mindössze egy, esetet jelentenek a várt közel 700-zal szemben). A foglalkozással bizonyíthatóan ok-okozati összefüggésben lévő foglalkozási betegségek mellett azokról a foglalkozással összefüggő megbetegedésekről, amikhez a foglalkozás nem, vagy nem bizonyíthatóan, fő oki tényezőként járul hozzá, csak nagyon hiányos, indirekt ismeretekkel rendelkezünk hazánkban.

Nemzetgazdasági szempontból lényeges új elem, hogy a közép- és hosszútávú gazdasági célok teljesítéséhez a jelenlegi hazai munkaerőpiaci kínálat elégtelen, ezért külföldi vendégmunkások bevonása válik szükségessé, akik eltérő kulturális háttere, kockázatmagatartása, egészség problémái és kommunikációs nehézségei a munkaegészségügy számára új kihívásokat jelentenek.

Az EU munkahelyi egészséggel és biztonsággal kapcsolatos aktuális stratégiájával összhangban kialakított munkavédelmi politikában a hazai munkavédelem számos prioritását megfogalmazták. Ezek figyelembevételével meghatározott részletes feladatokat egységes programban kell végrehajtani a munkavállalók egészségének és munkavégző képességének hatékony megőrzéséhez és fejlesztéséhez.

## **Fő célkitűzés**

A foglalkozással összefüggő egészségkárosodás mérséklése a munkahelyi kóroki tényezőkhöz köthető egészségkockázat csökkentése és az egészséget támogató munkahelyek kialakítása révén.

## **Konkrét célkitűzések**

- A súlyos és halálos kimenetelű munkahelyi balesetek gyakoriságának csökkentése.
- Az orvosi kezelést, munkaidő-kiesést vagy korlátozott munkavégzést okozó munkahelyi balesetek gyakoriságának csökkentése.

- Munkahelyi fizikai, kémiai és biológia kóroki tényezőknek való kitettség mérséklése.
- A munkahelyi kóroki tényezőknek tulajdonítható összes rokkantsággal korrigált életévvesztés csökkentése 6%-kal.
- Munkahelyi ergonómiai kóroki tényezők által okozott, munkaidő-kieséssel járó váz-izom rendszeri megbetegedések gyakoriságának csökkentése.
- Munkahelyi stresszkezelő programokban részt vevő/programokhoz hozzáférő munkavállalók arányának növelése.
- Munkahelyi egészségfejlesztési programokban részt vevő/programokhoz hozzáférő munkavállalók arányának növelése.
- A külföldi vendégmunkások jelentette új kihívások azonosítása, cselekvési terv kidolgozása és ezek bevezetése a munkavédelmi szakemberképzésbe és munkaegészségügyi gyakorlatba.
- A munkaerő hatékonyságát meghatározó tényezők vizsgálata és azok kedvező befolyásolása.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A munkahelyi kóroki tényezők azonosítása, a hozzájuk kapcsolódó egészségkockázatok becslése, értékelése és kockázati besorolása révén primer prevenciójuk elősegítése, különösen az újonnan jelentkező kockázatok esetében.
- A munkahelyi kockázatok országos információs rendszerének fejlesztése és elérhetővé tétele, a foglalkozási betegségteher számítás kapacitásának kiépítése. A munkahelyi kockázatértékelés (kockázatbecslés, -kezelés és -kommunikáció) folyamatának, szakmai feltételeinek és kapacitásának fejlesztése.
- A munkabaleseti kockázat csökkentése hatékony biztonsági berendezések alkalmazásával, a munkabiztonsági előírások fokozott betartásával és az előírások betartását elősegítő munkavédelmi oktatással.
- A munkahelyi kémiai kóroki tényezők egészségkárosító hatásainak megelőzése, elsősorban az új és még nem kellően ismert hatású kémiai expozíciók jellemzése, a munkahelyi daganatkeltő kockázatok kezelése.
- A munkahelyi biológiai kóroki tényezők egészségkárosító hatásainak megelőzése, elsősorban a pandémiákra történő hatékony felkészüléssel, a vér útján terjedő fertőző betegségek elleni védekezéssel és a munkakörhöz kötött védőoltások következetes alkalmazásával.
- A munkahelyi ergonómiai kóroki tényezők hatékony kezelésével a foglalkozással összefüggő váz-izom rendszeri betegségek megelőzése.
- A munkahelyi pszichoszociális kóroki tényezők feltárásának elősegítése. A munkahelyi lelki egészség javítása a munkaszervezés, a szervezeti kultúra és vezetési gyakorlat fejlesztésével, a

munka és a családi élet összehangolásával, a munkahelyi stressz és kockázati magatartások (erőszak, alkohol- és kábítószer-használat) kezelésével.

- Szintér alapú egészségfejlesztési programok az egészséges, egészséget és munkahelyi jóllétet támogató, családbarát munkahelyi környezet kialakítására. Egészséges életmódra nevelés egészséges munkahelyi környezetben, a munkahelyi testmozgás és egészséges táplálkozás elősegítése. A dolgozók aktív bevonása a munkahelyi prevenció, egészségfejlesztő programok tervezésébe és megvalósításába.
- Az átmenetileg vagy véglegesen csökkent munkaképességű munkavállalók képességeihez a munka hatékony adaptálását elősegítő programok kidolgozása. A munkába történő mihamarabbi visszatérés elősegítése, a foglalkozási rehabilitáció munkaegészségügyi szempontú támogatása.
- A fokozottan veszélyeztetett munkavállalói csoportok (fokozott munkahelyi kockázatnak kitettek, fiatalok, várandós nők, idősödő és külföldi munkavállalók) számára célzott munkavédelmi programok szervezése, ezáltal is elősegítve az egészségegyenlőtlenségek csökkentését.
- Az alapszintű munkavédelmi ellátás minden munkavállalóra történő kiterjesztési lehetőségnek vizsgálata, beleértve a mikrovállalkozások dolgozóit, az önfoglalkoztatókat, az idénymunkásokat és a nem bejelentett munkavállalókat is.
- A munkavédelem humán erőforrásának további fejlesztése, a munkavédelmi szemlélet nemzetközi trendeknek megfelelő modernizálása (a munkaegészségügyi szempont erősítése és a környezetegészségügyi szempont bevonása). A munkaegészségügy szerepének áttekintése és erősítése a munkavédelmi tevékenységben.
- A foglalkozás-egészségügy prevenció szemléletének további erősítése, szerepének növelése a primer és szekunder prevenció tevékenységben, aktív bevonása a népegészségügyi jelentőségű betegségek összehangolt, rendszerszintű megelőzésébe.
- A foglalkozási megbetegedések feltárásának fejlesztése, a bejelentési rendszer korszerűsítése. A foglalkozással összefüggő betegségek surveillance rendszerének kialakítása, ami adatokat szolgáltat a szükségletek felméréséhez és lehetővé teszi célzott prevenció intézkedések tervezését és végrehajtását.
- A külföldi vendégmunkások munkaköri alkalmassági vizsgálatának kiegészítése kulturális kompetencia felméréssel, származási országuk epidemiológiai és vakcinációs profiljának meghatározásával. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) által ajánlott, a földrajzi epidemiológiai profil ismeretében kiválasztott és szükség szerint adaptált, szűrővizsgálatok munkaköri alkalmassági vizsgálatba történő bevezetési lehetőségének megvizsgálása.

- A munkahelyi egészség és biztonság kérdésének interszektoriális megjelenítése a munkaügyi, gazdasági (munkahelyteremtő, alvállalkozói munkát és kiszervezéseket szabályozó), kereskedelmi és szociális (felzárkóztató) politikákban.
- A munkavédelem területén folytatott kutatási tevékenység támogatása, különös tekintettel az újonnan megjelenő vagy még kellőképpen fel nem tárt munkahelyi kóroki tényezőknek, beleértve a globális éghajlatváltozás hatásainak, a vizsgálatára; a kockázatbecslés és a kockázatkezelés hatékony módszereinek kidolgozására és bevezetésére.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Összes, valamint súlyos és halálos kimenetelű munkahelyi balesetek gyakorisága.
- Foglalkozási megbetegedések és fokozott expozíciós esetek gyakorisága.
- Munkahelyi ergonómiai, stresszkezelő és egészségfejlesztő programok száma és eloszlása, e programokhoz hozzáférő munkavállalók aránya és az e programok kezdeményezésére és megvalósítására kiképzett és alkalmazott szakemberek száma.
- Fokozottan veszélyeztetett munkavállalói csoportok számára szervezett munkavédelmi programok száma.
- A foglalkozási megbetegedések feltárását, bejelentési rendszerének korszerűsítését célzó intézkedések száma és tartalma.
- A foglalkozással összefüggő betegségek surveillance rendszerének kialakítását célzó intézkedések száma és tartalma.

### **Partnerségi kapcsolatok**

A foglalkozással összefüggő egészségkárosodás mérséklése komplex megközelítést igényel, ami hatékony együttműködést tesz szükségessé a munkavédelem egyes ágai (foglalkozás-egészségügy, munkahigiéne és munkabiztonság) között.

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság
- Nemzeti Népegészségügyi Központ Munkahigiéne és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály
- Gazdaságfejlesztési Minisztérium Foglalkoztatáspolitikáért Felelős Államtitkárság
- Kormányhivatalok munkavédelmi osztályai
- Kormányhivatalok népegészségügyi osztályai
- Önkormányzatok
- Egészségügyi Szakmai Kollégium Foglalkozás orvostan, Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia tagozatai

- Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság
- Egyetemek Orvostudományi és Egészségtudományi Karai
- Nemzetközi szakmai szervezetek
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az Eurostat adatai szerint a megelőzhető okok miatti halálozási arányszám (315/100000) Magyarországon volt a legmagasabb az európai uniós országok közül (az EU27 átlagának 179%-a) a koronavírus világvjárvány előtt. A megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás (173/100000) is lényegesen meghaladta az uniós átlagot (104/100000), a magyar halálozás mértékénél csak Lettország, Litvánia, Bulgária és Románia mutatói voltak kedvezőtlenebbek. A magyarországi halálesetek mintegy feléért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelősek. 2019-ben az összes haláleset 25%-a – meghaladva a 17%-os európai uniós átlagot – táplálkozási kockázatoknak volt tulajdonítható. A dohányzás az összes haláleset további 21%-át, az alkoholfogyasztás 7%-át, a mozgásszegény életmód pedig 2%-át okozta.

A magyar alapellátás erőssége, hogy a háziorvosi, házi gyermekorvosi, védőnői szolgálat mellett kiterjed a fogorvosi, gyógyszerészi, iskolaorvosi és iskola fogorvosi, valamint a foglalkozás-egészségügyi tevékenységre is. Az alapellátás meghatározó jelentőségű feladata, hogy a definitív betegellátás mellett, az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés céljait szolgáló intervenciókat alkalmazva, a betegségterhet egyéni és közösségi szinten is érdemben csökkentse.

Az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú része. Az egészségfejlesztés, a betegségek megelőzése nemzeti érdek. A háziorvosi, házi gyermekorvosi és a fogorvosi alapellátás kapuőri szerepe meghatározó. Kiemelt célkitűzés az alapellátási humán erőforrás korösszetétel megváltoztatása, a fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzése, az alapellátásban dolgozók életpályájának kidolgozása. Az egészségügyi alapellátásban az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzésének hangsúlyosabb megjelenése szükséges. Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer egyetlen olyan szegmense, amely kapcsolatot képes tartani a lakosság egészével, e szinten lehet a lakosság egészségmagatartását a leghatékonyabban befolyásolni. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében minden betegnek (lakosnak) joga van az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód elvének megfelelő ellátáshoz.

A háziorvosra és háziorvosi körzetekre épülő alapellátási struktúra feladatainak (különös tekintettel a népegészségügyi, megelőző feladatokra) magas színvonalú megvalósítására csak korlátozottan alkalmas. Az elmúlt évtizedekben az ellátatlan/helyettesítéssel ellátott körzetek száma markánsan emelkedett, elsősorban a kedvezőtlenebb egészségi állapotú lakosságot ellátó, hátrányos helyzetű településeken – emiatt napjainkban közel 790 ezer lakos hozzáférése korlátozott az alapellátási szolgáltatásokhoz.

2023. februári NEAK adatok szerint a 6443 háziorvosi praxis közül 691 (11%) a betöltetlen, összesen 516 településen. A hiány legnagyobb mértékben a vegyes körzeteket érinti (22%-uk betöltetlen). Az

iskolaorvosi státuszok közel 15%-a, a 4108 fogorvosi körzetből 231, a 9968 védőnői körzetből 6,9% betöltetlen. Az OKFŐ humán erőforrás monitoring rendszer nyilvántartása szerint 2023 februárjában a házi orvostan szakképesítéssel rendelkező orvosok 47,3%-a 60 éves vagy idősebb. Megjegyzendő, hogy egy orvosnak több szakképesítése is lehet, s az egyes szakképesítéssel rendelkezők egy része nem az adott területen (esetünkben nem házi orvostan) dolgozik, ugyanakkor a házi orvosi tevékenységet más szakképesítéssel is el lehet látni, ha az orvos vállalja, hogy 5 éven belül házi orvosi szakképesítést szerez. A gyermekkorú lakosság esetében az alapellátás szerepe a primer és szekunder prevenció szempontjából is meghatározó. A felnőtteknél a szolgáltatás elsősorban az akut kórképek ellátására és a krónikus betegek gondozására fókuszál, a prevenció tevékenységei háttérbe szorulnak.

A fenti okok sürgették az alapellátási struktúra korszerűsítését és egy kiegyensúlyozottan hozzáférhető, népegészségügyi szemléletű szolgáltatási paletta és egészségközpontú ellátás biztosítását. 2013-2017 között kiemelt jelentőségű innovatív projektként valósult meg az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, melyben keretében kialakításra kerültek az első praxisközösségek. Az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet szabályozza a kollegiális praxisközösségek kritériumrendszerét és működését. A szorosabb együttműködés három formában – egyesült, integrált praxisközösség vagy praxisközösségi konzorcium – valósulhat meg. A kollegiális praxisközösségbe felvételt nyert közel 7 ezer házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi praxis számára a feladatok két csoportra oszthatóak: 1. felmérések, fejlesztési tervek, kapacitások, kompetenciák, képzések megtervezése; 2. folyamatos emelt szintű praxisközösségi szakmai munka végzése, több mint 70 különböző szakmai tevékenységből szabadon választva (így a praxisközösség szakmai portfóliója egyedileg állítható össze). Prevenció és szűrési tevékenységüket egységes szakmai ajánlások, eljárásrendek segítik, az elvárt prevenció rendelési idő kiszámítása kalkulátorral végezhető. A további szakorvosi vizsgával rendelkező házi orvosok a tervezett járási alapellátási központokban – meghatározott kompetencia szabályok mentén és feltételek megléte esetén – szakellátást is nyújthatnak, csökkentve a szakellátási várakozási időket, tehermentesítve a magasabb progresszivitási szintű és költségű ellátási szinteket és segítve a lakóhelyközeli, definitív ellátást.

A praxisközösségi rendszer létrehozásával párhuzamosan végrehajtott többlépcsős bértámogatás, ösztöndíj- és letelepedési programok, az infrastrukturális fejlesztést megalapozó pályázatok lehetővé teszik az alapellátás működésének, a szakellátással való kapcsolatának teljes megújítását.

Az alapellátás hatékonyságának, a definitív ellátás arányának javításához, valós betegút szervezés megvalósításához, a párhuzamos és ismételt diagnosztikai vizsgálatok arányának csökkentéséhez nélkülözhetetlen a praxisközösségek koordinált együttműködése, a korábbi izoláció megszüntetése, a feladatok meghatározása és integrálása, a teljesítmény és minőség mérése.

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) 2017-ben történt bevezetése a magyar egészségügy működésében, digitalizáltságában mérföldkövet jelentett. Az egyes intézmények és szolgáltatók közötti strukturált adatáramlás nagymértékben gyorsította a kommunikációt, mindenképp a leletközlést, beleértve a népegészségügyi szűrési eredmények alapellátás felé történő megjelenítését is.



A prevenciós tevékenységek dokumentálása, a praxisközösségi tevékenységek EESZT-be történő közvetlen beküldése 2022-től minden szolgáltató számára kötelező a 39/2016. (XII.21.) EMMI rendelet értelmében. 2023-tól az ellátás minőségi színvonalának emelése céljából, a transzparencia jegyében, a 83/2022. (XII.30.) BM rendelet alapján megújításra került a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése, a prevenciós tevékenységekre vonatkozó indikátorokkal együtt.

A házi orvosok és a praxisközösségek egészségmegőrző feladataihoz szorosan kapcsolódik az egészségfejlesztési irodák munkája. 2008-ban megkezdett kaposvári mintaprogram alapján az EFOP-1.8.19-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - népegészségügy helyi kapacitás fejlesztése” c. projekt forrásaiból került kiterjesztésre az egészségfejlesztési irodák (EFI-k) országos hálózata. Az EFI-k intézményi háttérrel biztosítva koordinálják a járás egészségfejlesztési programjait, összekötő strukturális elemként működnek az egészségügyi alapellátás, a járóbeteg- és kórházi szakellátás, valamint az egészségfejlesztési programokat megvalósító szervezetek között, azokat tartós helyi, járási hálózatba integrálják.

A felnőtt lakosság egészségi állapotát rendszeresen vizsgálják a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok is. A foglalkozás-egészségügyi vizsgálatot teljes körűvé, sok esetben valós ellátási formává szükséges fejleszteni, ki kell terjednie az egészségi állapotot és munkaképességet befolyásoló kockázati tényezők feltárására. A foglalkozás-egészségügy kompetenciáinak bővítése, kiterjedtebb ellátási jogokkal való felruházása jelenleg zajlik.

Az alapellátási rendszer megújításának soron következő lépése a praxishatárok és a házi orvosi kompetenciák újradefiniálása, a lakosság praxisközösségi rendszer általi hézagmentes lefedése, egyidejűleg az alapellátási ügyeleti rendszer átszervezése és az Országos Mentőszolgálat sürgősségi rendszeréhez való illesztése.

Praxisszinten a szerteágazó megelőzési szükséglet, a lakosság egészségi állapotának, egészségtudatosságának javítása az idejélmúlt családorvos-asszisztens/orvosírnok szisztéma fejlesztésével, új egészségügyi/népegészségügyi szakemberek bevonásával, csapatmunkában lehetséges. A népegészségügyi végzettségű szakemberek átfogó prevenciós, egészségfejlesztési, szervezési, elemzési feladatokat tudnak ellátni, szerepük több praxis együttműködése, szolgáltatásbővítése esetén központi jelentőségű. Az életmódbeli rizikóállapotok visszaszorításában és a krónikus betegek gondozásában az ápolók, dietetikusok, gyógytornászok és pszichológusok alkotta team-ekre szükséges támaszkodni.

## **Fő célkitűzés**

Az alapellátás népegészségügyi fókuszú áthangolása, a prevenciós szolgáltatások lakossági szükségleten alapuló, közösségorientált biztosítása, lakóhelyközeli bővítése, valamint a szolgáltatók közti feladatmegosztás valós dolgozói kompetenciaszintek alapján történő redisztribúciója révén a magyar lakosság egészségi állapotának javítása, az egészségben töltött évek számának növelése, a lakosság

egészségmagatartásának fejlesztése, az egyén felelősségvállalásának erősítése, valamint az egészségi állapot és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek csökkentése.

### **Konkrét célkitűzések**

- Hatékony, személyre szabott primer, szekunder és terciér prevenciós szolgáltatások lakóhelyközeli biztosítása, együttműködésben az EFI-kel. Törekedni szükséges a lakosság prevenciós és egészségügyi ellátási szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférésére.
- A népegészségügyi szervezett szűrések rendszerében az alapellátás feladatainak és felelősségének megerősítése és ellenőrzése (a vastagbéliszűrés populációs szintű szűréssé való kiterjesztése, az LDCT tüdőrákszűrő pilot program folytatásában való közreműködés).
- Az egészségműveltség és egészségértés fejlesztése, a társadalom közösségi részvételének hangsúlyozása mellett, mivel a lakosság idősödéséből és kedvezőtlen egészségi állapotából származó – egyénre, illetve ellátórendszerre háruló – betegségteher-növekedés mértékét jelentősen befolyásolja az iskolázottság szerint elvárható egészségismeret, valamint az egyén felelősségvállalásának mértéke.
- A szolgáltatásokhoz illesztett monitoring- és visszacsatolási rendszer létrehozása, a minőségi munkavégést ösztönző szakmai és finanszírozási keretrendszer működtetése, finomhangolása.
- Egységes adatstruktúrájú szoftver alkalmazása a preventív célzatú és ellátási események adminisztrációjához. Az egészségi állapot 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet szerinti felmérése (törzskarton frissítés) lehetőséget biztosít az egyén kockázati státuszának jellemzésére, krónikus betegségeinek feltérképezésére, a szükségletek azonosítására, a személyre szabott prevenciós szolgáltatások és a populációs szintű intervenciók tervezésére.
- Átfogó kommunikációs stratégia, elsősorban a szervezett népegészségügyi szűréseken való részvételi arányok drasztikus növeléséhez. Bizalmi alapú kommunikáció fejlesztése, családi és közösségi részvétel fontosságának hangsúlyozása, betegelégedettség növelése.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- Az alapellátás humánerőforrás kapacitásának fejlesztése, az orvosokkal párhuzamosan a szakdolgozók számára életpálya modell kidolgozásával és a bérek rendezésével, a kompetencia szintek haladéktalan definiálásával.
- Az alapellátási teamek kialakítása a praxisközösségi rendszeren belül, lakóhelyközeli népegészségügyi szolgáltatások támogatása (informatikai és telemedicinális eszközök fokozott igénybevételével).

- A prevenciós rendelkezések tartalmának, minőségének egységes irányelvekkel, indikátor-rendszerrel történő meghatározása, mérése.
- Népegészségügyi szakemberek bevonása a primer és szekunder prevenciós szolgáltatások nyújtásába, az egészségi állapotfelmérésen és szűrővizsgálatokon való részvétel monitorozásába, illetve azok szupervíziójába.
- Ápolók, dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok, egészségfejlesztők, mentálhigiénikusok, életmód-tanácsadók alkalmazása az életmódbeli rizikóállapotok csökkentése, a krónikus, nem fertőző betegek lakosságközeli gondozása érdekében.
- Az egészségfejlesztési irodák és az alapellátást nyújtó praxisok/praxisközösségek együttműködésének kialakítása, működtetése és folyamatos fejlesztése.
- Az otthoni szakápolási szolgálatok személyre szabott, rehabilitációs fókuszú, különösképpen a krónikus betegségek gondozásához kapcsolódó – praxisközösséghez rendelt – vizitszám alapú szolgáltatásbővítése.
- Az alapellátás interszektoriális együttműködésének javítása, különösképpen a gondoskodáspolitikai ellátórendszer és a köznevelés munkatársaival.
- Egészségtan oktatás megtervezésében és végrehajtásában való részvétel, az EFI-kel együttműködve, óvodáskortól kezdődően.
- A szolgáltatásfejlesztés részeként a háziorvosi, fogorvosi, foglalkozás-egészségügyi, iskola-egészségügyi, iskola fogorvosi, védőnői szolgálatok és a gyógyszertárak hangsúlyosabb szerepvállalásának biztosítása a prevenciós szolgáltatások területén.
- Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzésének, szűrésekre utalásnak/nyomonkövetésnek beépítése az indikátorrendszerbe.
- A szervezett vastagbélszűrési programhoz valamennyi háziorvos kötelező csatlakozása.
- A teljesítményalapú indikátorrendszer ismételt felülvizsgálata, a vastagbélszűrésre, emlőszűrésre és a méhnyakszűrésre, majd az LDCT alapú tüdőrákszűrésre irányítás és követés monitorizálásának beépítése.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Alapellátásban dolgozó, életpálya modellbe bevont humánerőforrás nyomon követése.
- A további szakvizsgával rendelkező háziorvosok esetében a szakorvosi ellátás nyújtásának monitorozása.
- Praxisközösségek és EFI-k együttműködésének nyomon követése.
- Egészségi állapot felmérésen évente részt vevő ellátottak száma és aránya, integrált egészségügyi szoftver alkalmazásával.

- Életkorhoz kötött megelőző szűrések elvégzésének, illetve a szervezett szűrésekre való irányításnak a monitorozása.
- Népegészségügyi szűréseken résztvevők számának, arányának alakulása.
- Az alapellátás szintjén nyújtott preventív szolgáltatások, illetve többlétszolgáltatások száma, az ezeket igénybe vevő ellátottak száma és aránya.
- Életmóddal összefüggő fő kockázati állapotok előfordulási gyakoriságának felmérése, lehetséges intervenciók és változások követése.
- A krónikus nem fertőző betegségek gondozási hatékonyságának mérése.
- Lakóhelyközeli szolgáltatások minden lakos számára, szükséglet szerinti rendelkezésre állása, illetve azok igénybevételi arányának monitorozása.
- A sürgősségi ellátás igénybevételének alakulása.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Vármegyei és járási kormányhivatalok
- Települési önkormányzatok
- Egészségfejlesztési irodák
- Vármegyei és járási kollegiális szakmai vezetők
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei
- Szociális és köznevelési intézmények
- Lakóhelyközeli egyházi és civil szervezetek
- Media

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az egészség a társadalom jóllétének alapja, így ennek megőrzését, fejlesztését, szükség esetén helyreállítását támogatni képes népegészségügyi és egészségügyi szolgáltatások mindenki számára elérhető, megfelelő minőségű, fenntartható biztosítása minden társadalom számára sorskérdés. Napjainkban korábban sosem látott mértékben nőttek a kiadások az egészségügyben, mindezek mellett új, jelentős költségvonzatú szakmai kihívásokkal szembesül, melyet jól példáznak az elmúlt évek COVID pandémiához köthető eseményei. Bár az elmúlt években sok államban próbálták visszafogni az egészségügyre fordított költségeket, de a kialakult új helyzetben ezt a törekvést nem, hogy nem lehetett realizálni, az állami költségek újraelosztásával felül kellett bírálni. Az OECD 2020 évre vonatkozó vizsgálata szerint a 38 tagország közül csak Írország, Luxemburg (ahol az egy főre jutó ráfordítás a legmagasabb), Mexikó, Lengyelország, Szlovákia és Törökország esetében kisebb az egészségügy százalékos részesedése a GDP-ből, mint Magyarországon (7,3%). Az EU tagországok egészségügyi rendszerének teljesítményét összehasonlító vizsgálat szerint, ha a hazai egészségügy az Európai Unió élen teljesítő országai közé tartozna, akkor – az időben igénybe vett, megfelelő egészségügyi ellátással – a magyar állampolgárok születéskor várható élettartama 4 évvel lehetne hosszabb. Kiemelendő, hogy a kutatások szerint egységnyi befektetés a népegészségügybe tizennégyszeres megtérülést jelent a gazdasági fejlődés szintjén.

Az egészségügyi ellátórendszer minőségi indikátoraként értékelt ún. elkerülhető mortalitás tradicionális értelmezés szerint a halálozás azon hányadát jelenti, mely megelőzhető lett volna időben nyújtott megfelelő egészségügyi ellátással. Ennek mértékét egyrészt az ellátásra szorulóknak együttműködési képessége (egészséggel/betegséggel kapcsolatos ismereteinek szintje) és hajlandósága, másrészt az egészségügyi ellátórendszer kapacitása és az ellátás hozzáférhetősége (anyagi, fizikai, földrajzi, időbeni) befolyásolja.

A megelőzhető és kezeléssel kivédhető halálozás (együttesen elkerülhető mortalitás) arányszámai nagyon fontos indikátorok az egészségügyi rendszerek hatékonyságának értékeléséhez és a kihívásokra válaszoló egészségügyi szakpolitikák kidolgozásához. Ezen mutatók segítségével azonosíthatóak azok a területek, amelyeken további erőfeszítésekre van szükség a megelőzés és a kezelés hatékonyságának javítása érdekében.

2019-ben az OECD-országokban a 75 év alattiak körében több mint 3 millió idő előtti halálozás (azaz az összes halálozás egynegyede) elkerülhető lett volna hatékony megelőzéssel (1,9 millió haláleset) és időben történt, adekvát egészségügyi beavatkozásokkal (további több mint egy millió haláleset).

A megelőzhető halálozás fő okai 2019-ben egyes daganatos megbetegedések (az összes megelőzhető halálozás 31%-a), valamint a sérülések (mintegy 21% részesedéssel); a szívroham, a stroke és más keringési betegségek (19%); az alkohol és kábítószeres használatával kapcsolatos halálozások (14%); valamint egyes légzőszervi betegségek, például az influenza és a COPD (8%) voltak.

2019-ben a kezeléssel kivédhető halálozások fő okai között elsődlegesen a keringési betegségek (főként szívroham és stroke) szerepeltek, amelyek a korai halálozások 36%-át okozták. A daganatos megbetegedések (például a vastag- és végbélrák, valamint az emlőrák) hatékony és időben történő kezelése a kezelhető okokból bekövetkezett összes halálozás 27%-át tették ki. A légzőszervi betegségek, mint a tüdőgyulladás és az asztma (9%), valamint a cukorbetegség és az endokrin rendszer egyéb betegségei (8%) okozta halálozások a kezeléssel kivédhető halálozások további jelentős részét képezték.

A kezeléssel kivédhető halálozási arányszám a megelőzhető halálozási arányszámnál az OECD-országokban sokkal alacsonyabb volt (átlagosan 73/100000 lakos). A legalacsonyabb értékeket Svájcban, Koreában, Izlandon, Ausztráliában, Norvégiában, Japánban, Franciaországban, Svédországban és Hollandiában észlelték; ezekben az országokban 100000 lakosra kevesebb, mint 50 kivédhető halálozás jutott. Ugyanakkor mintegy 130 halálozás jutott 100000 lakosra Mexikóban, Lettországon, Litvániában és Magyarországon, melyek fő okai az iszkémiás szívbetegségek, a stroke és a kezelhető daganatos megbetegedések egyes típusai voltak.

A COVID pandémia az EU tagországok döntő többségében jelentős többlethalálozást okozott. A Eurostat adatai szerint 2020 márciusa és 2022 novemberé között az EU-ban négy többlethalálozási hullámot regisztráltak, a csúcsok 2020 áprilisában (25,2%), 2020 novemberében (40,0%), 2021 áprilisában (20,9%) és 2021 novemberében (26,5%) voltak. Az utóbbi két pandémia hullám idején Magyarországon a többlethalálozás mértéke elérte az 50%-ot.

Minden ország fontos célnak tartja, hogy valamennyi polgára szükségleteinek megfelelően, egyenlő eséllyel tudjon hozzáférni az egészségügyi ellátáshoz. A kielégítetlen ellátással kapcsolatos jelentések országok közötti és országon belüli – társadalmi csoportok közötti – eltérései részben magyarázhatók a különböző normákkal, egészségműveltséggel, egészségkultúrával és elvárásokkal, de mindenképpen méltánytalan egyenlőtlenségeknek minősíthetők.

Magyarországon az uniós átlaghoz viszonyítva alacsonyabb az orvosok és ápolók 1000 főre vonatkoztatott száma. Annak ellenére, hogy 2010 és 2020 között több mint 50%-kal nőtt a magyar egyetemen orvosi diplomát szerettek száma, 2000-től 2019-ig csak 30%-kal nőtt az 1000 főre jutó orvosok száma. Ugyanebben az időszakban az ápolók száma 25%-kal nőtt. Az OECD adatai alapján 2021-ben Magyarországon 1000 lakosra 3,28 orvos és 6,59 ápoló jutott; mindkét arányszám elmarad az EU átlagtól (3,9, illetve 8,4/1000 fő). A létszám-deficit mellett további problémát jelent, hogy az egészségügyi dolgozók földrajzi eloszlása a szakellátás infrastrukturális kapacitáskoncentrációjához

hasonlóan alakult, azaz létszamarányuk elsősorban az orvosegyetemi és megyei jogú városokban kiemelkedő. A statisztikák alapján megállapítható, hogy az EU átlaghoz viszonyítva Magyarországon hiányzik az egészségügyi ellátórendszerből az orvosok megközelítőleg 10%-a, s az ápolók mintegy 20%-a. Magyarországon tartós egészségügyi munkaerőhiány tapasztalható, amelyet a kormány az utóbbi időben jelentős béremelésekkel kezel. A magyar kormány célja a munkaerőhiány csökkentése az orvosok új munkaszerződésével, amely 2023-ig 120%-os béremelést tartalmaz az orvosok számára.

2019-re vonatkozó Eurostat adatok alapján, Magyarországon a kórházi ágyak arányszáma és az átlagos kórházi tartózkodási idő magasabb, mint az Európai Unió átlagában mért értékek. Továbbá, Magyarországon volt a második legmagasabb (Szlovákiát követően) az egy főre eső orvos-beteg találkozások átlagos száma (10,7) 2019-ben az EU-ban. Az OECD megállapítása szerint, bár az orvos-beteg konzultációk esetében az országok közötti eltéréseket részben kulturális tényezők is magyarázzák, az egészségügyi ellátás/népegészségügyi szolgáltatások szervezése, az ellátási szintekhez (s ezen belül a szakdolgozókhoz) rendelt kompetenciák, a finanszírozás jellegzetességei nagyobb súllyal eshetnek latba.

A koronavírus-járvány előtt a várható élettartam Magyarországon valamivel gyorsabban nőtt, mint a legtöbb uniós országban, de 2019-ben így is csaknem 5 évvel az uniós átlag alatt maradt. 2020-ban Magyarországon átmenetileg 10 hónappal, majd 2021 végére két évvel csökkent a születéskor várható élettartam a koronavírus járvány következtében, ami az uniós átlagnál (1,2 év) lényegesen jelentősebb csökkenés.

Az elmúlt évtizedben tapasztalt (2012 és 2020 között 34,1%-os) növekedés ellenére az egy főre jutó egészségügyi kiadások a GDP százalékában kifejezett aránya Magyarországon (7,3%) továbbra is jóval az uniós átlag (10,3%) alatt marad. Az állami kiadások különösen alacsonyak a járóbeteg- és a gyógyszer-ellátás tekintetében.

A demográfiai változások, a krónikus betegek (ezen belül a több betegséggel is sújtottak) növekvő száma, a visszatérő, illetve az újonnan megjelenő fertőző betegségek, az innovatív technológiai fejlődés eszközrendszerének és eredményeinek hasznosítására törekvő ellátás egyre jelentősebb költségvonzata egyaránt veszélyeztetik az egészségügyi rendszerek közép- és hosszú távú fenntarthatóságát. Annak érdekében, hogy ezeknek a kihívásoknak megfeleljenek, az egészségügyi rendszereknek eredményesebbé és hatékonyabbá kell válniuk. Nemzetközi viszonylatban meghatározó jelentősége van a nem orvos végzettségű egészségügyi szakdolgozók szerepvállalásának, hatáskörük az EU tagországokban általában lényegesen kiterjedtebb az egészségügyi ellátásban és így az alapellátásban is, mint Magyarországon. Az Európai Unió és a WHO dokumentumai egyaránt hangsúlyozzák, hogy többet kell tenni az országoknak lakosságuk egészségi állapotának javításáért és az egyenlőtlenségek felszámolásáért az egészségügyi ellátás szintjén is, a fenntartható működésű, megfelelő minőségű egészségügyi rendszerek és az univerzális hozzáférés biztosításával. Az ENSZ Fenntartható Fejlődési Keretrendszerének (Agenda 2030)

céljai között a harmadik, azaz egészséges élet és a jóllét biztosítása valamennyi korosztály számára, olyan alapvető célkitűzés, melynek teljesülése az összes további célkitűzés megvalósulásának is feltétele.

## **Fő célkitűzés**

Minden állampolgár részére hozzáférhető, fenntartható, magas minőségi színvonalú egészségügyi ellátórendszer működtetése.

## **Konkrét célkitűzések**

- Az egészségnyereség maximalizálása érdekében az egészségügyi ellátások hatékonyságának, rugalmasságának növelése és hozzáférhetőbbé tétele.
- A fertőző betegségek elleni küzdelem erősítése.
- Az elkerülhető halálozás mértékének csökkentése.
- A megfelelő hatású és minőségű, megfizethető árú alapvető gyógyszerekhez és vakcinákhoz való hozzáférés biztosítása, a gyógyszerfogyasztás ésszerűsítése.
- A pénzügyi kockázatokkal szemben védett, teljesítményre ösztönző betegellátás-finanszírozás.
- Az innovatív egészségügyi szolgáltatások bevezetése, az új technológiák által nyújtott lehetőségek kiaknázása.

## **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

### *Személyi feltételek javítása érdekében szükséges beavatkozások*

- Alapellátásban dolgozó háziorvosok számának növelése, fiatal orvosok motiválása a háziorvosi pálya választására a szakterület presztízsének komplex növelésével, a hátrányos helyzetű térségek ellátásának ösztönző finanszírozásával.
- Praxisközösségek optimális működéséhez szükséges egészségügyi szakszemélyzet biztosítása.
- Szakterületi hiányszakmák támogatása a szakellátás megfelelő szintű betegellátásához.
- Tartós ápolási-gondozási egészségügyi szakszemélyzet hiányának kezelése.
- Az egészségügyben dolgozók jelenlegi és kívánatos kompetenciaszintjének felülvizsgálata, tudás, képesség, attitűd és autonómiakompetenciáik megfelelő kialakítása képzésük során, a gyakorlati ismereteket támogató képzések előtérbe helyezése.



### *Tárgyi feltételek javítása érdekében szükséges beavatkozások*

- Az egészségügyi rendszer részére a kritikus orvosi/diagnosztikai eszközök és infrastruktúra biztosítása.
- A Nemzeti Digitalizációs Stratégiának megfelelően a digitális technológiák használatának támogatása az egészségügyben az ellátás jobb tervezése, a betegellátás minőségének javítása, az erőforrások optimális elosztása és a bizonyítékokon alapuló gyógyító ellátás és szakpolitika érdekében.
- Az e-egészségügyi és a telemedicina megoldások fejlesztése és támogatása.
- Zöld fenntartást támogató megoldások előtérbe helyezése az egészségügyben
- Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) lehetőségeinek célzott kiaknázása.

### *Szakmai és szervezeti feltételek javítása érdekében szükséges beavatkozások*

- A prevenciós tevékenységekben és a szűrővizsgálatokon való részvételi arány növelése a népegészségügyi és járványügyi intézményrendszer rendszerszintű megerősítésével.
- A nosocomialis surveillance rendszer fejlesztése és működtetése.
- Az OECD által használt „kompozit indikátorok és index” bevezetése az egészségügyi ellátásban.
- Az egészségügyi ellátás eredményességének megítélésére is alkalmas minőségindikátor-rendszer kialakítása, az ellátás minőségének monitoringja.
- Az alapellátás megerősítése, kapacitásának, szolgáltatási spektrumának és kompetenciájának, felelősségének növelése az egészségügyi ellátórendszerben a praxisközösségek fejlesztésével és működtetésével.
- A betegszállítási, az ügyeleti és a sürgősségi rendszer struktúrájának és feladatainak harmonizálása, komplex fejlesztése és hatékony működtetése.
- A betegek szakellátási szolgáltatásainak szükségletalapú, epidemiológiai helyzethez igazított elosztása.
- Az egészségügyi ellátásban a feladatokhoz, az eredményességi mutatókhoz igazított és a környezeti változásokhoz igazodóan felülvizsgált finanszírozás.
- Egészség-gazdaságtani elemzésekre alapozott egészségügyi szolgáltatásbővítési gyakorlat kialakítása, működtetése szakterületenként és földrajzilag.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

Magyarországon az egészségügyi rendszer teljesítményértékelése keretében használt indikátorok meghatározásának szabályait a 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet tartalmazza.

*Általában:*

- Az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedése százalékban kifejezve
- Magán-egészségügyi kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül
- Állami egészségügyi kiadás aránya az összes egészségügyi kiadáson belül
- Az egészségügyi dolgozók száma, földrajzi és szakterületenkénti eloszlása
- A gyógyszer felírás és kiváltás földrajzi és szakterületenkénti követése

*Az egészségügyi rendszer hatékonyságának nyomon követése*

- Magyarországon az Állami Egészségügyi Ellátó Központ által készített Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelése jelentés tartalmazza azokat az indikátorokat, melyekkel a magyar egészségügyi rendszer teljesítményének értékelése elvégezhető. Az OECD és a WHO a hatékonyság és a minőségi ellátás mérésére az egészségügyben a finanszírozáshoz is kapcsolható indikátorok mellett olyan indikátorokat javasol, amelyek kiterjednek többek között az elkerülhető halálozás mértékére, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolható fertőzések mértékére, a gyermekkori oltási programok eredményességére, az idős korosztályok influenza elleni átoltottságának mértékére.

*A hozzáférhetőség mérése*

- Elsősorban a kielégítetlen szükségletek mérésére, valamint ezek (társadalmi, gazdasági, geográfiai, ellátásszervezési, kapacitáshiány) hátterének feltárására fókuszálva.

*Az egészségügyi ellátórendszer rugalmasságára vonatkozó indikátorok*

- A betegellátáshoz kapcsolható mutatók, például az egynapos sebészeti beavatkozások arányának vizsgálata bizonyos betegségek esetében.
- Az intézményi működést jellemző indikátorok, például az átlagos kórházi ápolási napok száma.
- A WHO által az Európai Régióban az egészségügyi kiadásokra vonatkozóan javasolt és mért indikátorok, például az egészségügyi kiadások GDP-arányos szintje, a háztartások közvetlen kiadásai.
- Az egészségügy digitalizációja új indikátorok kifejlesztését és alkalmazását is szükségessé teszi.

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium (kiemelten Egészségügyi Államtitkárság)

- Pénzügyminisztérium
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)
- Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ)
- Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK)
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI)
- Országos Mentőszolgálat (OMSz)
- Országos Vérellátó Szolgálat (OVSz)
- Magyar Orvosi Kamara (MOK)
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESzK)
- Magyar Kórházszövetség (MKSz)
- Szakmai Kollégiumok tagozatai

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A ritka betegségek (RB) csoportjába a 10000 emberből legfeljebb ötnél előforduló, az életet súlyosan veszélyeztető, illetve tartós funkcióvesztéssel járó betegségek tartoznak. Az egyes RB-k csekély előfordulása nem jelenti azt, hogy a betegségcsoport által érintettek száma alacsony. Leggyakrabban genetikai rendellenesség áll az RB hátterében, de környezeti hatások is hozzájárulnak kialakulásukhoz. A RB-k 50%-a csak felnőttkorban jelentkezik.

A RB-k magyarországi súlyának megítéléséhez meglehetősen kevés adat áll rendelkezésünkre, ezért elsősorban európai referencia adatokra tudunk támaszkodni. A népesség 5%-a (Magyarországon kb. 500000 fő) szenved a több mint 6000 RB valamelyikében.

A Központi Statisztikai Hivatal 1980–2006 közti időszakra vonatkozó haláloki adatbázisa alapján 208/millióról 142/millióra csökkent a RB-k okozta halálozás Magyarországon. A csecsemőkorai RB-halálozás a kezdeti 615/millióról 147/millióra csökkent; míg 1980-ban az RB-halálozás 28,3%-a következett be 1 éves kor alatt, 2005-2006-ban ez érték 9% volt. Az elhunytak átlagos életkora pedig 37,3 évről 57,7 évre emelkedett. A 80-as évek elején évente megfigyelt 66120, RB-hez kapcsolódó potenciális életévvesztés 2006-ra 21900 évre csökkent. 2006-2017 közti időszakban az összhalálozás 3,4%-ának volt RB az oka. Ebben az időszakban is folyamatosan javult a betegek várható élettartama: a betegek által megélt idő évente 0,35 évvel emelkedett. Viszont jellemző maradt az, hogy a beteg lakóhelye és az egyetemi központok közti távolság rontotta a túlélést: 100 km-enként 1,6 év élettartam rövidülést lehetett detektálni emiatt. A ritka betegségek kezelésére fordított kórházi egyedi méltányossági támogatás összege a 2015-ös 3,8 Mrd forintról 2019-re 11,5 Mrd forintra, azaz mintegy háromszorosára növekedett.

A javuló ellátásnak köszönhető hosszabb élettartam miatt az RB-vel, mint társadalmi jelenséggel kapcsolatban az orvosszakmai és a laikus megítélés is átalakult, amire a szociális ellátás, az oktatás és a munkaügy rendszereinek reagálni kell.

Egyes (önálló BNO kóddal rendelkező) indikátor-RB-k ellátási specifikumai az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2004–2006-os teljesítményelszámolási adatbázisa segítségével kerültek értékelésre Magyarországon. Az indikátor-RB-k 50%-a 25 szakellátó központban kapott ellátást, amihez a betegek 80%-ának 50 km-nél kevesebbet kellett utaznia. Az intézményekben alkalmazott beavatkozások spektruma, az ellátás igénybevételének gyakorisága, az egy betegre jutó finanszírozás jelentős eltéréseket mutatott. A hazai RB-ellátás jellemzően regionális központokban, koncentrált módon zajlott ugyan, de a centrumokkal kapcsolatban nem érvényesültek minőségi követelmények, azaz hiányzott az ellátási rendszer minőségbiztosítása.

Az EurordisCare2 felmérés szerint a diagnózishoz vezető út szempontjából a magyar betegeknek mások a problémái, mint európai társaiknak, de helyzetük összességében hasonló: hosszabb ideig várnak a diagnózisra, de ritkábban kapnak rossz első diagnózist; jobban megterheli őket anyagilag a diagnózishoz vezető út, de ritkábban szembesülnek elfogadhatatlan tájékoztatási módszerekkel. Ennek megfelelően, Magyarországon éppen olyan mértékben van szükség a RB-k diagnosztizálásának javítására és a jobban szervezett betegutak kialakítására, mint Európában általában.

Az EurordisCare3 felmérés szerint az európai átlaghoz képest a hazai adatok nem mutattak jelentős eltérést az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége és az egészségügyön belüli elutasítások szempontjából. Ugyanakkor szociális támogatást ritkábban kaptak a magyar betegek, akik ritkábban is voltak elégedettek a szolgáltatásokkal.

A fejlett országok mindegyikében, így az EU-tagállamokban is önálló népegészségügyi prioritásként kezelik a RB-eket, felismerve a sok, nagyon eltérő biológiai alapú betegség hatékony ellátásához szükséges új és a gyakori betegségektől eltérő intézményrendszer kialakításának szükségességét.

Az RB-k speciális elvek alapján felépülő szolgáltatásainak kialakítása érdekében az Európai Tanács ajánlása szerint a tagállamoknak összehangolt cselekvési programot kellett kidolgozniuk az RB-k területére 2013-ig. Erre azért volt szükség Magyarországon is, mert bár számos jól szervezett, RB ellátó szolgáltatás működött, de nem állt rendelkezésre a RB-vel élők egészségügyi ellátásának és szociális szükségleteinek megoldását célzó átfogó stratégia, mely biztosíthatta volna a területen az erőforrások hatékony felhasználását. A Ritka Betegségek Nemzeti Tervét 2013-ban elfogadta ugyan az Emberi Erőforrások Minisztériuma, de annak tényleges hatályba lépését nem sikerült elérni. Ennek ellenére a dokumentumban foglaltak közül több célkitűzést sikerült megvalósítani.

- Létrejötték a magyarországi szakértői központok az EUCERD ajánlások figyelembe vételével, a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet alapján (Simmelweis Egyetem, Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete; Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Ritka Betegségek Szakrendelés; Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Orvosi Genetikai Intézet; Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Genetikai Intézet; Országos Onkológiai Intézet), melyek kialakították a RB-gel sújtottak ellátására specializálódott hálózatokat.
- Az EU-s stratégia alapján létrehozott 24 nemzetközi hálózat (European Reference Network, **ERN**) mindegyikébe megoldott a hazai képviselet. A szakértői központok és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet biztosítják a hazai beteg számára a ERN-ek által nyújtott szolgáltatásokat (a határon átnyúló ellátásszervezést, a szakértelem és az információk megosztását).
- Működik a RB-ek osztály szintű, a népegészségügyi intézményrendszerbe (a Nemzeti Népegészségügyi Központba) integrált képviselete, amelyik a népegészségügyi szolgáltatások biztosításával (monitoring működtetése révén a szükségletek, prioritások meghatározásával; az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének és hatékonyságának értékelésével; célzott

vizsgálatok kezdeményezésével; az érintettek bevonását lehetővé tevő rendszeres tájékoztatással; a problémák kezeléséhez szükséges együttműködések kialakításának segítségével; szakpolitikai programok kialakításának támogatásával; a szabályozási rendszer fejlesztésében való közreműködéssel) hivatott támogatni a RB-ben szenvedők ellátását.

## **Fő célkitűzés**

A RB-gel sújtottak életesélyének és életminőségének jelentős javulása, ami egyfelől hozzájárul a magyarországi standardizált halálozás csökkenéséhez és a várható élettartam emelkedéséhez (ezen belül különösen az újszülöttkori és az 5 év alatti halálozás csökkenéséhez), másfelől megteremti számukra a lehetőséget a minél teljesebb társadalmi szerepvállalásra.

## **Konkrét célkitűzések**

1. A szakpolitikai program végrehajtását irányító testület létrehozása és működtetése
2. A RB-ek diagnosztikájának javítása
  - az ORPHA kódok alkalmazása a dokumentációs rendszerekben
3. Szakértői központok rendszerének továbbfejlesztése
  - Működtessenek betegregisztert, vegyenek részt az országos betegregiszter fenntartásában.
  - Működtessenek minőségirányítási rendszert.
  - A betegellátás minőségének mérésére alkalmas indikátorokat fejlesszenek és vegyenek részt az országos felmérésekben rendszeres adatszolgáltatással.
4. RB-ekre specializált beteg regiszterek fejlesztése
  - melyek támogatják a betegutak szervezését, a minőségfejlesztést és a kutatást
5. A RB-ekkel kapcsolatos gradális- és postgraduális képzés
  - amit kiegészít a betegek és hozzátartozóik képzése
6. Újszülöttkori szűrések fejlesztése
  - hatékonyság értékelése
7. RB-ekkel kapcsolatos kutatás
  - Pályázati rendszeren keresztül a betegellátás és betegelégedettség dimenzióit mérő kutatások
  - A RB-ek háttérét, megelőzését vizsgáló epidemiológiai vizsgálatok
  - A diagnózis közlését támogató protokollok fejlesztése
  - Az egészségügyben keletkező adatvagyon epidemiológiai célú felhasználása
8. Együttműködés civil szervezetekkel, betegképviselőkkel, laikusok képzése
9. Az ENSZ fenntartható fejlődési céljait tartalmazó „Agenda 2030”-ban definiált 5 éves kor alatti halálozás (2021-es 4,06/1000 élveszületésről 2030-ra 2,97/1000 élveszületés) és újszülöttkori

halálozás (2021-es 1,96/1000 élveszületésről 2030-ra 1,37/1000 élveszületés) csökkenésre vonatkozó célkitűzés elérésének segítése.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

Az Európai Tanács Magyarország által is elfogadott ajánlása alapján, az Európai Bizottság EUROPLAN projekteken keresztül biztosított folyamatos szakértői támogatásával összeállított, a szaktárca által elfogadott „Ritka Betegségek Nemzeti Terve” alapján:

- RB-ek diagnosztikájának javítása a betegség korai felismerése érdekében:
  - a minőségbiztosított genetikai diagnosztikai központok fejlesztése,
  - a genetikai diagnosztikai központokban a megfelelő személyi és tárgyi feltételek biztosítása,
  - a betegek és/vagy családtagjaik megfelelő tájékoztatása.
- Multidiszciplináris szakértői központok hálózatának továbbfejlesztése és működtetése a magas színvonalú betegellátás érdekében:
  - a szakértői központok működési feltételrendszerének, pontos hatáskörének, feladatainak meghatározása,
  - EU-s követelményeknek való minél szélesebb körű megfelelés biztosítása.
- Betegregiszterek kialakítása és működtetése a betegutak szervezése és a megfelelő adatszolgáltatás érdekében:
  - a regiszterek céljainak és infrastrukturális háttérének meghatározása,
  - a szakértői központokban az ajánlásoknak minél inkább megfelelő, minőségbiztosított regiszterek működtetése,
  - a regiszterek működéséhez szükséges jogszabályi háttér megteremtése,
  - az európai regiszterhez való kapcsolódás technikai feltételeinek biztosítása.
- Az oktatás és képzés fejlesztése a magas szintű betegellátás érdekében:
  - oktatási anyagok fejlesztése, képzési programok körének bővítése,
  - orvos-egészségtudományi képzésekben részt vevők ismereteinek bővítése, képzési programok számának növelése,
  - a diagnózis közlését támogató protokollok fejlesztése,
  - betegek és hozzátartozóik képzésének biztosítása, segélyvonalak működtetése,
  - esetmenedzserek képzése és bevonása az ellátórendszerbe.
- Az újszülöttkori szűrések fejlesztése a korai diagnózis felállítása céljából:
  - a szűrés szervezeti feltételeinek továbbfejlesztése,
  - a szűrési program hatékonyságának értékelését szolgáló rendszer kialakítása.
- A RB-ekkel kapcsolatos kutatások támogatása:

- a betegek életminőségének, elégedettségének és szociális ellátáshoz való hozzáféréseinek vizsgálata,
- a RB-ek háttérének, prevenciós eszközeinek, epidemiológiai jellegzetességeinek, diagnosztizálásának és ellátásának hatékonyságát fejlesztő vizsgálatok támogatása.
- A RB-gel sújtottak szervezeteinek támogatása:
  - betegszervezetek bevonása a szakpolitika illetve annak megvalósítását végző programok kidolgozásába és működtetésébe,
  - betegszervezetek (az esernyőszervezet RIROSZ Ritka és Veszélyes Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége és a 122 tagszervezet) működtetésének támogatása,
  - annak ellátórendszerbeli szisztematikus támogatása, hogy a betegszervezet és a beteg kapcsolatba kerüljön egymással,
  - Erőforrás központ létrehozása, ahol az esetmenedzserek módszertani központja működne, és ahol a családokat felkészítik a RB-gel sújtott családtag támogatására, a család mindennapi életvitelének adaptálására, illetve ahol egyéni fejlesztés is adható a betegeknek.
- A szakpolitikai program végrehajtását irányító testület létrehozása:
  - hatékony Irányító Testület megalakítása, működési rendjének kidolgozása.
  - a szakpolitikai célkitűzések megvalósulását értékelő, az ellátást nyújtóktól független monitoring rendszer kialakítása.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

Az egységes európai gyakorlatnak megfelelően a RB-ekkel kapcsolatos fejlesztési programok az alábbi EUROPLAN indikátorok segítségével monitorozhatók:

- Nemzeti Terv végrehajtását Irányító Testület éves munkaterve és éves beszámolója.
- Elérhető diagnosztikus genetikai tesztek száma, a diagnózisig eltelt idő hosszát monitorozó rendszer (bevezetése szükséges).
- Diagnosztikus késedelem.
- Működő Szakértői Központok száma, a hazai Szakértői Központok részvétele az Európai Referencia Hálózatban, Szakértői Központban gondozott RB-gel élők száma és aránya, szakmai irányelvek száma.
- Segélyvonalak a RB-gel élők részére.
- Országos RB regiszterek száma, a regiszterekre épített epidemiológiai kutatások száma.
- Az egészségügyi ellátórendszer által használt kódolási rendszer tartalma, minősége.
- RB-ek tematikájában indított akkreditált oktatások, kurzusok száma.



- Az újszülöttkori szűrések során kiszűrt betegek és álpozitív, illetve álnegatív esetek száma.
- Országos kutatási programok és/vagy projektek száma, a RB-ek témájában szervezett tudományos konferenciák száma, nemzetközi kutatási kezdeményezésekben való részvételek száma, RB-ekkel foglalkozó tudományos közlemények száma.
- A betegszervezetek tevékenységének eredményei.
- A RB-ek okozta csecsemőhalálozás, halálozás, potenciális életévvesztés.
- Önálló BNO kóddal rendelkező RB-k ellátáscentralizációjának mértéke, a centrumok igénybevételének területi egyenlőtlensége.
- Betegek elégedettsége.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium, Egészségügyi Államtitkárság, Gondoskodáspolitikai Államtitkárság
- Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Ritka Betegségek Szakrendelés
- Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Nemzeti Népegészségügyi Központ, Ritka Betegségek Központja
- Országos Korányi Pulmonológiai Intézet
- Országos Onkológiai Intézet
- Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Genetikai Intézet
- Ritka és Veszélyes Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége
- Semmelweis Egyetem, Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete
- Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Orvosi Genetikai Intézet
- ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
- Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Az egészségkommunikáció célja alapvetően az egyének és közösségek egészségmagatartásának befolyásolása, valamint az egészséget támogató viselkedésminták elsajátításának és elterjesztésének elősegítése. Az egészségfejlesztésről szóló Ottawai Karta szerint az egyének nem valósíthatják meg a számukra potenciálisan elérhető legjobb egészségi állapotot akkor, ha nem képesek átvenni a lehető legteljesebb irányítást azon tényezők felett, amelyek meghatározzák az egészségüket. Ennek a célnak az eléréséhez az egészség megőrzési és fejlesztési lehetőségeivel kapcsolatban releváns és megbízható információkra van szükségük az embereknek, hogy az egészségüket támogató döntéseket hozhassanak. A megfelelő népegészségügyi kommunikáció elengedhetetlenül fontos az egészség és a jóllét valamennyi területén, beleértve a betegségmegelőzést, az egészségfejlesztést és az életminőség javítását egyaránt. A nem megfelelő szintű egészségműveltség nemcsak egyéni, hanem nemzetgazdasági szinten is komoly anyagi vonzattal jár: egy 2009-ben publikált szisztematikus áttekintés szerint az alacsony egészségműveltség évente 3-5% többletkiadást jelent az egészségügyi ellátórendszer szintjén.

Az egészséggel kapcsolatos információk egyre összetettebbek, és az egészségügyi ellátórendszer is egyre bonyolultabbá válik, amelynek következtében gyakorlatilag mindenkinek szüksége van több-kevesebb, a meglévő tudását/tapasztalatát kiegészítő információra, támogatásra, képességeinek fejlesztésére annak érdekében, hogy egészségükségeit ki tudja elégíteni. Az egészséggel kapcsolatos információkhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei következtében az egészségügyi (ezen belül a népegészségügyi) szolgáltatásokhoz való hozzáférés is egyenlőtlené válik, emiatt csökkenhet az egészségben eltöltött életevek realizálható száma. A releváns információkhoz való hozzáférést akadályozhatja a rosszul megfogalmazott üzenet, a nem megfelelően megválasztott kommunikátor, illetve kommunikációs csatorna, ám az egyenlőtlenségek szempontjából még ezeknél is fontosabbak az üzenet megértésére való képességben fennálló különbségek.

Az egészségműveltség/egészségértés (health literacy) annak a képességnek a fokát jelenti, amellyel az egyén képes hozzájutni, feldolgozni és megérteni az alapvető egészséginformációkat annak érdekében, hogy egészségével kapcsolatban megfelelő döntéseket tudjon hozni. A WHO szerint az egészségértés az egészséget meghatározó tényezők egyik kulcsfontosságú és befolyásolható eleme, amelyet Nutbeam három fokozattal írt le: alapvető, kommunikatív és kritikai egészségértés.

Az egészségértés/egészségműveltség mértékének meghatározására Sørensen és munkatársai kvantitatív módszertant és eszközt dolgoztak ki (HLS-EU Q47 kérdőív), amelynek segítségével Magyarországon is elvégezték a kutatást. A 2015-ös felmérés során, nemzetközileg validált küszöbértékeket alkalmazva, azt találták, hogy a 16 évesnél idősebb magyar felnőttek több mint fele csupán korlátozott egészségértési képességekkel rendelkezik – a korábban vizsgálatba vont másik nyolc ország adataihoz viszonyítva

egyedül Bulgáriában bizonyult a magyar eredménynél szignifikánsan alacsonyabbnak az összesített egészségértés-index átlaga. A magyar válaszadók a három fő mérőindex (egészségügyi, prevenció és egészségfejlesztési kompetencia) mindegyikében rendkívül alacsony arányban értek el kiváló szintet, míg a nem megfelelő pontszámot elérők aránya nemzetközi összehasonlításban az egyik legnagyobb bizonyult. A World Health Organization Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) hálózat által koordinált European Health Literacy Survey 2019 (HLS19) felmérésben is részt vett Magyarország, s ennek kapcsán megállapításra került, hogy a lakosság kétötödének általános egészségműveltsége nem érte el a megfelelő szintet. A fertőző betegségek elleni küzdelem során sem kerülhető meg az egészségértés/egészségműveltség szerepe. A COVID-19 világjárvány ismét rávilágított arra, hogy egy járvány terjedésének a megfékezése nem önmagában az intézkedések meghozatalától, hanem azok elfogadásától és betartásától függ. Egy hazai felmérés rámutatott, hogy 2022 elején a magyar felnőtt lakosság több mint felének nem volt kielégítő a koronavírus-specifikus egészségműveltsége. A kutatók megállapították, hogy az egészségértés javítása, valamint a következetes, hiteles, bizalmat építő kommunikáció jelentősen növelhetné az intézkedések hatékonyságát és a járványvédekezés sikerességét.

Ma már az egészségértés-fejlesztésre egyre inkább a népegészségügyi programok végrehajtását segítő integratív és ágazatközi eszközként tekintenek, ezért is fogadtak el a teljes élethosszon át ható kezdeményezések implementációja érdekében cselekvési tervet az egészségértés javítására 2019-ben, a WHO Európai Regionális Bizottság 69. ülésén.

Az egészségértés társadalmi szintű javulása egyrészt kedvező hatást gyakorolhat az egészségyenlőtlenségek csökkentésére, másrészt elősegítheti az aktív és informált részvételt az egészségügyi ellátásban, harmadrészt támogathatja az egészségmagatartás kedvező irányú megváltoztatását. Mindezek miatt az egészségértés javítása bizonyítékokon alapuló, innovatív stratégiák és módszerek alkalmazásával valamennyi egészségkommunikációs tevékenység alapját kell képezze.

Az egészségkommunikáció tudományos megalapozottsága sokat fejlődött az elmúlt időszakban; magában foglalja a különböző kommunikációs stratégiák vizsgálatát és alkalmazását abból a célból, hogy az egyéneket a lehető leghatékonyabban informálja, döntéseiket befolyásolja egészségük megőrzése, fejlesztése érdekében. Az egészségkommunikációs szakembereknek nagyobb figyelmet kell fordítaniuk arra, hogy jobban megértsék az emberi viselkedés mozgatórugóit, valamint tájékozottak legyenek az egyes beavatkozások tudományos megalapozottságáról.

Az egészségkommunikáció mellett ma már egyre gyakrabban alkalmazott módszer a társadalmi egészségmarketing. Kapcsolódásukat a közös cél is indokolja: az egyének attitűdjének megváltoztatása, az egészséget támogató magatartásformák elterjedését gátló tényezők felszámolása, és bizonyos viselkedésminták megváltoztatása vagy kiiktatása az egészségi állapot javítása érdekében. A társadalmi egészségmarketing alapvetően olyan, az emberi viselkedést befolyásoló marketingstratégiák alkalmazását jelenti, amelyek végső célja társadalmi szintű egészségnyereség realizálása. Az egészségmarketing az

egészségre, az azt támogató programokra, szolgáltatásokra úgy tekint, mint piacon eladandó (és eladható) „termékre”. Az alkalmazott stratégiák és taktikák a marketing klasszikus és digitális eszköztárából egyaránt merítenek, tudományos (elsősorban magatartástudományi) bizonyítékokon és vásárlói kutatásokon alapulnak. Az egészségmarketing és az egészségkommunikáció egymást kiegészítő, illetve részben egymást átfedő fogalmak. Az egészségmarketing módszertanát egyre több egészségfejlesztési program alkalmazza világszerte eredményesen.

### **Fő célkitűzés**

Az egészségkommunikációs stratégiák, az egészségmarketing és az információtechnológiai eszközök széleskörű alkalmazása annak érdekében, hogy az egészségműveltség/egészségértés, a népegészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a népesség egészségi állapota javuljon, valamint az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek is csökkenjenek.

### **Konkrét célkitűzések**

- Az egészségműveltség és az egészségértés javítása, az ehhez szükséges képességek fejlesztése.
- A népegészségügyi stratégiát támogató hatékony kommunikációs program végrehajtása.
- Célzott, pontos, megbízható, ellenőrizhető, hozzáférhető, bizalmat építő, valamint cselekvést, illetve viselkedésváltozást kiváltó egészséginformációk nyújtása.
- A népegészségügyi kommunikáció fejlesztése korszerű digitális platformokra.
- Az egészségmarketing-módszerek széleskörű alkalmazása az egyéni egészségmagatartás kedvező irányba történő megváltoztatása érdekében.
- Innovatív módszerek és eszközök alkalmazása a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetű, vagy a kulturálisan diverz, vagy egyéb más okok miatt nehezen elérhető csoportokkal való eredményes kapcsolatteremtés és egészségkommunikáció érdekében.
- Szociális támogató hálózatok kiépítése.
- Az egészségügyi információtechnológia megfelelő használatának támogatása és az egészségügyi információk hatékony cseréjének megkönnyítése a népegészségügyi szakemberek, az egészségügy más szereplői, a döntéshozók és a lakosság között.
- Az egészségügyi veszélyhelyzetekre történő gyors és informált reagálás elősegítése megfelelő kommunikációs eszközök és módszerek segítségével.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- A teljes élethosszt átölelő programok indítása a megfelelő egészségértés, egészségműveltség megalapozására, fejlesztésére.

- A népegészségügyi stratégiával kapcsolatos kommunikációs beavatkozások tervezését segítő átfogó helyzetértékelés. Azoknak a kívánt változásoknak a definiálása, amelyek eléréséhez kommunikációs támogatás szükséges. A kommunikációs akciók tervezéséhez és a célcsoportok eléréséhez szükséges hiányzó információk, tényezők azonosítása, összegyűjtése.
- Átfogó népegészségügyi kommunikációs stratégia és taktika kidolgozása és megvalósítása, valamint átfogó kommunikációs keretrendszer megtervezése és implementálása, amely biztosítja a szinergiát, a konzisztenciát és a megvalósító partnerek közötti koordinációt.
- Célcsoport-szegmentáció: a hasonló társadalmi státuszú (pl. nyugdíjasok, egészségügyi dolgozók, anyák), és ebből adódóan hasonló kommunikációs szükségletekkel és preferenciákkal jellemezhető célcsoportok azonosítása, valamint kommunikációs szükségleteik és igényeik feltérképezése annak érdekében, hogy a kommunikáció hatékonysága javuljon.
- Releváns, figyelemfelkeltő, cselekvésre ösztönző kommunikációs üzenetek kidolgozása, eljuttatása a célcsoporthoz, és a megértés monitorozása.
- A kommunikációs üzenetek adaptálása eltérő célcsoportokra (pl. nyelvezet, összetettség, különböző aspektusok kiemelése a célcsoport preferenciáinak megfelelően), valamint a kommunikációs csatornák megválogatása (aszerint, hogy az adott célcsoportba tartozók jellemzően milyen csatornákon tájékozódnak) a kívánt viselkedést követők arányának növelése érdekében.
- A megfelelő kommunikációs csatornák és eszközök kiválasztása annak elemző vizsgálatával, hogy az egészségüzenetekkel miként lehet a leghatékonyabban elérni a célközönséget.
- Figyelemfelkeltő, érzékenyítő kommunikációs kampányok kivitelezése kijelölt célcsoportok számára a tudományos tényeket elferdítő dezinformációk, az általános bizalmatlanság és a betegségek megelőzésével, okaival és kezelésével kapcsolatos félretájékoztatás, ál- és rémhírterjesztés társadalmi-gazdasági szinten káros hatásainak csökkentésére.
- Végrehajtási terv kidolgozása és megvalósítása a népegészségügyi stratégia kommunikációs feladatainak, kampányainak megvalósítására és monitorozására, beleértve az egységes szakmai irányítást, az egyértelmű feladatmegosztást és a felelőségek körülhatárolását, az együttműködés keretrendszerének meghatározását és a csapatmunka szervezését, továbbá a költségvetési előírások és a megvalósítás időtervének pontos követését.

### **Előrehaladás, megvalósulás, eredményesség/hatékonyság monitorozása**

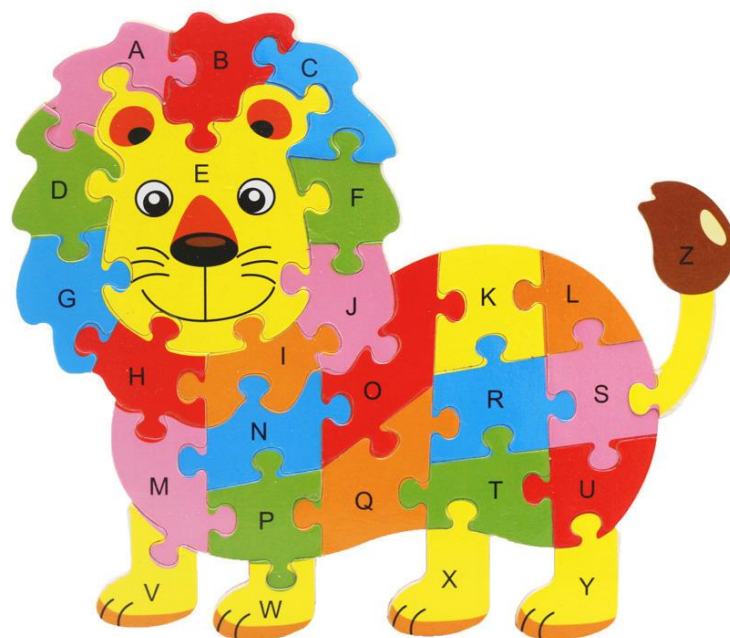
- Az egészségértés reprezentatív lakossági mintán történő rendszeres monitorozása nemzetközileg elfogadott, összehasonlítást lehetővé tevő, standard módszertannal;

- Egyéni szintű egészségmagatartás-változáshoz vezető folyamatot végigkövető egészségkommunikációs kimeneti indikátorok alkalmazása reprezentatív lakossági mintán történő rendszeres monitorozással (pl. tudás, attitűd, szándék, észlelt akadályok);
- Az egyéni egészségmagatartás-változáshoz potenciálisan hozzájáruló kommunikációs üzenet eredményességét mérő indikátorok monitorozása (pl. emlékezés, megtanult új ismeret, érzelmi reakció, tartalom megértése, elsajátított új képesség, szándék a cselekvésre);
- Az egészségkommunikáció által indukált közösségi-szintű kimenetek indikátorainak monitorozása (pl. véleményvezérekre gyakorolt hatás, témával összefüggő közösségi interakciók száma, pozitív vagy negatív tartalma, a javasolt új viselkedést elfogadók aránya az adott közösségben);
- Az egészségkommunikáció által indukált társadalmi-szintű kimenetek indikátorainak monitorozása (pl. változás a politikában az adott népegészségügyi érték/cél támogatásának irányába, népegészségügyi kezdeményezéseket újonnan támogató politika/jogszabály/intézkedés, sajtóközlemények és médiaesemények által generált megjelenések száma, pozitív/negatív kicsengése, a közösség tagjainak visszaemlékezése a médiamegjelenésekre).

## **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság Népegészségügyi Főosztálya;
- Belügyminisztérium Köznevelési Államtitkárság;
- Kulturális és Innovációs Minisztérium Innovációért és Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság;
- Miniszterelnökség;
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Klebelsberg Központ;
- Kormányhivatalok, önkormányzatok;
- Házi orvosok Online Szervezete
- Magyar Védőnői Szolgálat;
- Releváns szakmai és tudományos társaságok;
- Tudományos Ismeretterjesztő Társulat, ismeretterjesztő szervezetek;
- Kommunikációs csatornák: sajtó, média, közösségi médiafelületek
- Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek Országos Egyesülete;
- Egészségbiztonság Nemzeti Labor (RRF-2.3.1-21-2022-00006).

# A NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM MEGVALÓSÍTÁSÁT TÁMOGATÓ SZERVEZETI ÉS PARTNERSÉGI STRUKTÚRA



## A Nemzeti Népegészségügyi Program irányítása, szervezeti kerete, partnerségi együttműködések

### Helyzetelemzés/helyzetértékelés

A Nemzeti Népegészségügyi Program megvalósítása kormányzati elkötelezettségen, a teljes társadalom bevonásán és széles körű interszektoriális együttműködésen kell alapuljon annak érdekében, hogy az egészségi állapot minél több meghatározó tényezőjére hatni tudjon és össztársadalmi méretekben eredményeket tudjon felmutatni. Ez csak úgy érhető el, ha a program tervezésében, irányításában, megvalósításában és értékelésében is érvényesül az interszektorialitás, illetve a megvalósítás során széles körű, koordinált partneri együttműködés jön létre az érintett szervezetek, illetve a társadalom tagjai között. Magyarországon a népegészségügy egyelőre az egészségügyi ágazat belügye, nincs vagy csak eseti jelleggel fordul elő – lásd például a népegészségügyi termékadó bevezetését vagy a koronavírus járvány megfékezését – interszektoriális együttműködés. A korábban ugyan nem túl hatékonyan, de működő Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság sem létezik évek óta. A népegészségügy intézményi, szervezeti keretei korszerűtlenek, intézkedéseit adminisztratív, hatósági szemlélet dominálja, szakembergárdája a Nemzeti Népegészségügyi Központba koncentrálódik, ahol, illetve előd intézményeiben szintén jelentős létszámcsökkenés történt az elmúlt évtizedekben.

Napjainkra a hagyományos közegészségügyi intézményrendszer is jelentősen meggyengült, ahogy ezt a koronavírus járvány elleni küzdelem is megmutatta. A járvány elleni küzdelem szakmai háttérmunkáinak elvégzéséhez elengedhetetlen volt az akadémiai szféra szakembereinek ad hoc bevonása, mert az állami népegészségügyi intézményrendszer nem rendelkezik kellő elemzési, előrejelzési kapacitással. Hasonlóan, a végrehajtó kapacitása is igen korlátos, mert a szakigazgatási szervek alig rendelkeznek népegészségügyi szakemberekkel. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területi szerveinek a kormányhivatalokba integrálásával kettős irányítási rendszer jött létre. Erősen kérdéses, hogy a szakmai irányításért felelős országos tisztifőorvos hogyan tudja a szakmai szempontokat a területen érvényesíteni, ha nincsenek vezetői jogkörei a szakmailag irányított munkatársak felett.

További szervezeti nehézséget jelent, hogy a modern népegészségügy fő feladatai közé tartozó betegségmegelőzés és egészségfejlesztés irányítása és szervezése alapvetően nem hatósági irányítást és felügyeletet, hanem szakmailag koordinált partneri együttműködések igényel, amihez a kormányhivatal nem megfelelő szervezeti keret. A népegészségügyi intervenciók végrehajtói a társadalom széles köréből kerülnek ki, úgymint az egészségügy, az oktatás, a versenyszféra, a média, a civil szervezetek, az egyházak stb. E szereplőkkel a jelenlegi hivatalos népegészségügyi intézményrendszernek alig van kapcsolata, így nem meglepő, hogy a betegségmegelőzés, egészségfejlesztés nem megfelelő hatékonyságú az országban. Az elmúlt években fejlesztési forrásokból megvalósult projekteknek csak egy



kis része intézményesült, a forrásfelhasználás hatékonysága kérdéses. A hazai népegészségügyi rendszerben mindenképpen jelentős szervezeti és humánerőforrás fejlesztések szükségesek annak érdekében, hogy megfelelő közegészségügyi és járványügyi biztonságot és megfelelő minőségű, eredményes népegészségügyi szolgáltatásokat tudjon nyújtani.

## **Fő célkitűzés**

A Nemzeti Népegészségügyi Program akcióinak tervezésére, irányítására, koordinálására, megvalósítására, monitorozására és értékelésére alkalmas szervezeti keret, azaz korszerű népegészségügyi intézményrendszer és együttműködési hálózat kialakítása.

A létrejövő szervezeti keretnek biztosítani kell, hogy a tervezéstől az értékelésig koordinált együttműködés folyjon az összes érintett bevonásával országosan, regionálisan, megyei, járási és települési szinten egyaránt. Olyan szervezeti keretet kell létrehozni, amely transzparens, amelyben egyértelműen meghatározottak az egyes feladat-, felelősség- és jogkörök, ami túl azon, hogy ez a hatékony működés feltétele, biztosítja az elszámoltathatóságot is.

Az egyes célok és feladatok megvalósítása érdekében az interszektoriális együttműködésre különböző, adott esetben több szinten van szükség, úgymint a politikai döntéshozatal, tervezés, jogalkotás, finanszírozás, végrehajtás, monitorozás, értékelés szintjén. A népegészségügyi szolgáltatások, tevékenységek széles körűek, a beavatkozások kiterjednek az egészségkommunikációtól a korai fejlesztésen, iskolai egészségfejlesztésen, a hátrányos helyzetűekre irányuló célzott beavatkozásokon, a daganatos betegségek szűrésén, az élelmiszerbiztonságon, a védőoltásokon, a népegészségügyi szakemberképzésen stb. át a jogalkotásig. Olyan flexibilis szervezeti keretet szükséges létrehozni, amely képes kezelni a változó prioritásokhoz, feladatokhoz tartozó, azokkal együtt változó együttműködési igényeket.

## **Konkrét célkitűzések**

- **Az interszektoriális együttműködés biztosítása a tervezés, irányítás szintjén:** a betegségek megelőzése és az egészségfejlesztés jellemzően nem csak az egészségügyi ágazaton belüli beavatkozásokat igényel. Az új szervezeti keretnek biztosítani kell az ágazatközi együttműködés szintereit az országos és a területi tervezés és irányítás szintjén is, beleértve az országgyűlést és a kormányt is, hiszen a kormányzás legkülönbözőbb területei (adóügyek, oktatás, szociálpolitika, foglalkoztatáspolitikai, kereskedelem stb.) igen jelentősen befolyásolják az emberek egészségét. Az ENSZ 2011. évi, a nem fertőző betegségekről szóló csúcstalálkozójának záródokumentuma a nem fertőző betegségek visszaszorításának területén egyértelműen az összkormányzati felelősséget és fellépést, valamint a teljes társadalom bevonását szorgalmazza. Az Egészségügyi Világszervezet

Európai Régiójának Egészség 2020 programja sürgeti az új, részvételen, együttműködésen alapuló egészségbarát kormányzást és a hatékonyabb koordinációt a kormányzatokon belül és kívül is. Az ENSZ Agenda 2030 Fenntartható Fejlődési Célok egészséggel kapcsolatos célkitűzéseinek megvalósítása is minden országot – s így hazánkat is –, összkormányzati elkötelezettség mellett, olyan interszektoriális akciókra kötelez, mely az egészséget holisztikus megközelítésben értelmezve az egészségdeterminánsok komplex rendszerének előnyös befolyásolását eredményezi.

- **A koordinált megvalósítás biztosítása:** Mind országos, mind területi szinten szükséges, hogy legyenek olyan szereplők, intézmények, akik rendelkeznek a szükséges felhatalmazással és erőforrásokkal, hogy szakmailag és anyagi erőforrásokkal támogatni, illetve koordinálni tudják a végrehajtásban részt vevő partnerek munkáját. E szereplőknek szabadon és rugalmasan kell tudniuk kapcsolatot tartani az összes érintett szereplővel, beleértve a kormányzati szereplőket, a helyi szervezeteket, a versenyszféra szereplőit, a médiát stb. E tevékenységi körben egy végrehajtó hálózat kialakítása és működtetése a cél. A népegészségügyi beavatkozások korábban említett sokszínűsége miatt ezek megvalósítása is eltérő keretek között kell, hogy történjen. Az egészségfejlesztési tevékenység kapcsán szorosán vett népegészségügyi intézmények [pl. országos intézet(ek)] fő feladata a szakmai, módszertani segítségnyújtás, a végrehajtó intézmények, szervezetek, partnerek számára a szükséges pénzügyi források eljuttatása (pl. pályázati rendszerben), a hálózat koordinációja.
- **A megvalósítás folyamatának, eredményeinek és hatásának monitorozása:** A létrejövő szervezeti kereten belül biztosítani szükséges a népegészségügyi célkitűzések meghatározási folyamatának dokumentálását, a népegészségügyi program egészének, illetve egyes elemeinek is, a folyamatos monitorozását, értékelését és az értékelés visszacsatolását a tervezéshez, irányításhoz. E tevékenység minőségbiztosítását célszerűen olyan szervezet végzi, amelyik a megvalósításban nem vesz részt, azért nem visel felelősséget, megfelelő felhatalmazással, készségekkel, kapacitással, információval rendelkezik ahhoz, hogy független véleményt tudjon alkotni a program előrehaladásáról és eredményeiről, külső kontrollt tudjon gyakorolni.
- **Humánerőforrás-fejlesztés:** A Népegészségügyi Program össztársadalmi és összkormányzati támogatással történő megvalósítása azt igényli, hogy a legkülönbözőbb területen dolgozó szakembereknek legyen megfelelő tudása arra vonatkozóan, hogy saját tevékenységük hogyan érinti a lakosság egészségét, és milyen felelősségük és lehetőségeik vannak ezen a területen. Ehhez az szükséges, hogy a felsőoktatási képzések gyakorlatilag teljes körébe épüljenek be népegészségügyi szemléletformáló, ismereteket és megfelelő készségeket nyújtó képzési elemek. A szűken vett állami és önkormányzati népegészségügyi intézményrendszerben, bármilyen is lesz annak a struktúrája, szakemberekre van szükség, akik megfelelő képzettséggel rendelkeznek ezen a területen. Az elmúlt évtizedek erőfeszítéseinek és felsőoktatási fejlesztéseinek köszönhetően mind az alap-, mind a mesterképzés és a doktori képzés területén is korszerű népegészségügyi képzés

folyik Magyarországon; a szakorvosi szakképzés - bár európai összevetésben is magas színvonalúnak mondható - folyamatos karbantartása szükséges. Az egészségfejlesztő szakemberek képzése azonban mind alap-, mind mesterképzési szinten és a pedagógusképzésben is visszaszorult, ezen kedvezőtlen folyamat visszafordítása szükséges. A professzionalitás biztosítása érdekében szigorú elvárásként érvényesíteni kell, hogy bizonyos pozíciók betöltése megfelelő képzettséghez kötődjön a népegészségügyi intézményrendszerben.

Általában is kritikus jelentőségű a népegészségügyi szolgáltatások területén professzionális szakembergárda foglalkoztatása, a megelőző orvostan és népegészségtan szakképesítéssel rendelkező orvosok és az egészségtudományi képzési területen népegészségügyi diplomát szerzett szakemberek kompetenciájának jogszabályi elismerése az egészség-kockázat értékelés, életmód-tanácsadás és az egészségmagatartási problémák leküzdését célzó intervenciók területén.

- **A népegészségügyi tevékenységet megalapozó kutatások fejlesztése:** A népegészségügyi szükségletek, a beavatkozások eredményességének, költséghatékonyságának, a beavatkozások előrehaladásának, eredményességének és hatásának vizsgálata területén az állami szféra és a felsőoktatási/akadémiai szféra között szorosabb együttműködés szükséges. A népegészségügyi intézményrendszer elmúlt évtizedben történt leépítése alapján rövid és középtávon nem várható, hogy az államigazgatás intézményrendszerén belül létrejöjjön olyan kapacitás, amely ezeket a feladatokat önállóan el tudja végezni. Az ehhez szükséges magasan képzett és tapasztalattal rendelkező humán erőforrás biztosíthatósága is erősen kérdéses. Emiatt és a szakmai kapacitások hatékony felhasználása érdekében ki kell alakítani azokat a szervezeti struktúrákat és folyamatokat, amelyek biztosítják, hogy a releváns akadémiai műhelyek hatékonyan és folyamatosan együttműködjenek a népegészségügyi tevékenység szakmai megalapozásában az állami népegészségügyi intézményekkel.

### **Javasolt intervenciók - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- **A célkitűzésben szereplő szervezeti keret megtervezése:** Annak érdekében, hogy a szervezeti keretbe integrált valamennyi szereplő magáénak érezze a létrejövő működési, együttműködési formát és aktívan részt vegyen a Nemzeti Népegészségügyi Program megvalósításában, részvételen alapuló tervezés szükséges, azaz már az új szervezeti keret kialakításába is be kell vonni az összes érintett szereplőt. A népegészségügyi beavatkozások tervezésekor alapelv kell legyen, hogy az érintettek bevonásával szülessenek a döntések. Célszerű, ha a népegészségügyi tevékenység koordinációja az egészségügyi ágazaton belül marad, mert itt van meg, de legalábbis itt a legkönnyebben megteremthető, az ehhez szükséges szakismeret és kapacitás. Így célszerű, ha ezt a tervezési folyamatot a BM Egészségügyi Államtitkársága irányítja, illetve felügyeli, amennyiben ezzel megbíz egy ágazati szereplőt.

- **Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság létrehozása**, amely a kormányzaton belül a népegészségügyi stratégiai tervezés legfőbb koordinációs testülete. A Bizottságba valamennyi tárca magas szinten delegál képviselőt, vezetője az egészségügyért is felelős miniszter. Az interszektoriális együttműködésnek a tervezés és irányítás területén ki kell terjednie a tervezés minden aspektusára, a célkitűzések meghatározásától a beavatkozások, a megvalósítási módozatok, a költségvetés megtervezésén át az értékelés mikéntjének meghatározásáig.
- **A Nemzeti Népegészségügyi Központ kapacitásfejlesztése**: a Nemzeti Népegészségügyi Program megvalósításának koordinációjáért felelős szervnek kell biztosítania a szakmai háttérrel a többi partner részére, szakmailag irányítania a területi szerveket (lásd következő pont), a források allokálását és az adminisztratív koordinációt is. Megfontolandó, az államigazgatási, hatósági feladatokat és a szakmai feladatokat ellátó intézmények szétválasztása, lévén jellemzően eltérő szervezeti kultúrával rendelkeznek, és a humán erőforrás igényük is különböző.
- **A népegészségügyért felelős dekoncentrált állami szerv létrehozása**: a Nemzeti Népegészségügyi Központ és a kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveinek bázisán újra létre kell hozni hazánkban egy, a népegészségügyi tevékenységért felelős dekoncentrált állami szervezetet. A területi szervek nemcsak közvetlen végrehajtóként vesznek részt a Nemzeti Népegészségügyi Program helyi szinten történő végrehajtásában, hanem helyben koordinálniuk is kell az interszektoriális együttműködést, ki kell alakítaniuk és működtetniük kell azokat a helyi együttműködési hálózatokat, struktúrákat, testületeket, amelyek egyrészt megfelelő felhatalmazással és elkötelezettséggel, másrészt megfelelő felkészültséggel és kapacitással rendelkeznek a Nemzeti Népegészségügyi Program akcióinak végrehajtásához. Ehhez át kell tekinteniük, hogy kik azok a helyi szereplők, akik a végrehajtásba bevonhatóak, és velük partneri együttműködési hálózatot kell kialakítaniuk. A helyileg megvalósuló intézkedések végrehajtói ezen partneri hálózatok kell legyenek, amelyek szakmai támogatást és forrásokat a Nemzeti Népegészségügyi Központon keresztül kapnak. A központ végzi a végrehajtás folyamatmonitorozását is.
- **Népegészségügyi elemző központ/hálózat létrehozása**: a koronavírusjárvány világosan megmutatta, hogy hatásos népegészségügyi intézkedések kidolgozásához, eredményességük monitorozásához megfelelő elemzési kapacitásra van szükség. Egy országos lefedettséget biztosító, regionális vagy kisebb területi alapon szervezett egészségobszervatóriumi hálózat jelenheti azt a szervezeti keretet, amelyben ez a feladat végrehajtható. Az állami-egyetemi együttműködés ezen a területen kifejezetten előnyös, mert biztosítható e tevékenységek magas színvonalú végrehajtása, a független monitorozás, a kapacitások jobb kihasználása, az egyetemek számára pedig anyagi forrást, kutatási és oktatásfejlesztési lehetőséget jelent az obszervatórium(ok) által végzett tevékenység. Az államigazgatás és az egyetemek közötti szorosabb, állandósult munkakapcsolat elősegíti a népegészségügyi képzések gyorsabb alkalmazkodását is a társadalmi

igényekhez. A Semmelweis Egyetem keretében működő Epidemiológiai és Surveillance Központ keretében már működő, tér-epidemiológiai módszertannal dolgozó, elemző központ kiindulási alapul szolgálhat ehhez a fejlesztéshez.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

Indikátorok:

- A dekoncentrált állami népegészségügyi szerv megalakulása
- Az országos egészségobszervatórium vagy az egészségobszervatóriumok országos hálózatának megalakulása

### **Partnerségi kapcsolatok**

Ez a fejezet a partnerségi kapcsolatokat tekintve a többi fejezethez képest speciális helyzetben van, mert a partnerségi kapcsolatok kiépítése a népegészségügyi program sikeres megvalósításának országos és helyi szinten is az alapját jelenti. Országos szinten a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság koordinálásával szükséges az összes minisztériumot, illetve a végrehajtás során közreműködő összes állami szervet összefogni. A végrehajtás operatív koordinációját ellátó Nemzeti Népegészségügyi Központ feladata, hogy együttműködések alakítson ki az egészségügyi intézményekkel, szervezetekkel, a felsőoktatásért felelős minisztérium közreműködésével a felsőoktatási intézményekkel, az egyházakkal, a versenyszféra meghatározó szereplőivel, a médiával, az önkormányzatok szövetségeivel, a tömegsportért felelős szervezetekkel, a civil szervezetekkel. Ezeket a partnerségi hálózatokat helyi szinten a létrehozandó népegészségügyért felelős dekoncentrált állami szerv helyi szervezetinek kell létrehozniuk és működésüket koordinálniuk.

## Országos lefedettséget biztosító, regionális alapon szervezett egészségobszervatórium-rendszer létrehozása és működtetése

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

A fejlett népegészségügyi rendszerrel rendelkező országokban egészségobszervatórium (EO) elnevezés alatt jöttek létre és terjedtek el az 1970-es évektől kezdve napjainkig azok az epidemiológiai szakmai központok, amelyek elsődleges küldetésükként, folyamatosan látják el a hatókörükbe tartozó népesség egészségi állapota és az azt befolyásoló tényezők monitorozásának feladatát, értékes és megbízható adatokat/elemzéseket szolgáltatva, regionális tudás-, információ- és konzultációs központként működve a széleskörűen értelmezett regionális egészségpolitika és egészségügyi vezetés számára. Franciaország, az Egyesült Királyság és Írország a regionális egészségobszervatórium rendszert mára országos lefedettség szintjére bővítette, de a rendszer az Európai Unió számos más tagállamában, az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában, Új-Zélandon és Brazíliában is kiépítés alatt van.

Az obszervatórium-hálózat tagintézményei Angliában a National Health Service régióinak megfelelően és a fővárosban működnek. Központi egységeik egyetemi népegészségügyi kutató- és képzőhelyek, finanszírozásukra, központi költségvetési keretből az Egészségügyi Minisztérium különít el fedezetet. Franciaországban a rendszer hasonlóan szervezett, az egészségobszervatóriumok finanszírozása állami és a regionális önkormányzati költségvetési keretből történik.

Hazánk, s egyben a Kelet-Közép-Európai Régió első egészségobszervatóriuma a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának és két régió (az Észak-magyarországi és az Észak-alföldi) hat megyei ÁNTSZ intézeteinek közreműködésével jött létre 2005-ben Északkelet-Magyarországi Egészségobszervatóriumként (ÉKMEO), az NFT I. Regionális Egészségcentrum Modell (HEFOP-4.3.1-K.-2004-08-0001/4.0) projektje keretében. Az ÉKMEO tartalmi és módszertani fejlesztésére és frissítésére 2017-ben a Svájci Hozzájárulás Program Alapellátás-fejlesztési Modellprogramja keretében került sor. Létrehozásakor feladatai (ma is maradéktalanul vállalhatóan) a következőképpen kerültek meghatározásra:

- Az egészségi állapottal kapcsolatos folyamatok/változások (kiemelten a morbiditási és mortalitási viszonyok) és az azokat befolyásoló tényezők (egészségdeterminánsok) monitorozása, a beavatkozási területek kijelölése.
- A lakossági célcsoportok meghatározása a megbetegedések okai, a halálozás okai, a fokozottan veszélyeztetett csoportok és a térségi egyenlőtlenségek alapján.
- A konkrét problémákra reflektáló, bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési, betegségmegelőzési tervek megalapozása a prevenció különböző szintjein.
- Elemzéseken alapuló tanácsadás a népegészségügyi akciók/egészségügyi ellátás tervezéséhez.

- Egészségátas-vizsgálatok végzése, különös tekintettel az egészségi esélyegyenlőtlenségek mérséklési lehetőségeinek feltárására.
- A különböző forrásból származó egészséggel/betegségekkel/szűrési és ellátási problémákkal kapcsolatos információk lehető leghatékonyabb összevonása.
- Ad hoc projektek kivitelezése konkrét (nép)egészségügyi problémák elemzésére.
- Az egészségfejlesztési, prevenciós tevékenységek és az esélyegyenlőtlenségek felszámolására irányuló tevékenységek értékelése.
- A jövőbeni népegészségügyi problémák és kihívások előrejelzése.
- Az egészségügyi ellátással kapcsolatos hiányosságok azonosítása.
- Adatgyűjtés és elemzés saját kiemelt népegészségügyi kutatási területükön.
- Kistérségi egészségfejlesztés és az alapellátási praxisok támogatása forrásközpontként.

A Széchenyi 2020 program keretében – ha részlegesen is, de – megvalósult az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című EFOP-1.8.0.- VEKOP-17-2017-00001 kiemelt projekt, melynek keretében kialakításra került a Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszere (NEKIR). A NEKIR tapasztalataira építve a szükséges szakmai fejlesztések az Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium (RRF-2.3.1-21-2022-00006) projekt keretében folytatódnak (TÉR-EPI rendszer), amely érdemben hozzájárulhat a hazai obszervatórium rendszer megalapozását és országos kiterjesztését támogató tér-epidemiológiai fejlesztésekhez. A magyar lakosság morbiditási és mortalitási mutatóinak térbeli és időbeli elemzéseit támogató, és az eredményeket a célcsoportokhoz eljuttató TÉR-EPI rendszer fejlesztése a Semmelweis Egyetem Epidemiológiai és Surveillance Központjában folyamatban van.

Az egészség-monitoring rendszer kifejlesztése és működtetése a Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2030 stratégia célkitűzései megvalósulásának monitorozásához, az egészség egyenlőtlenségek mérséklését célzó intervenciók tervezéséhez és azok eredményességének értékeléséhez elengedhetetlenül szükséges. Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény végrehajtását szabályozó, előkészítés alatt álló miniszteri rendeletek az alapellátási tevékenység áthangolását, az alapellátásban nyújtott népegészségügyi szolgáltatások bevezetését célozzák. Ezen tevékenység célcsoportjainak és tartalmának meghatározásához, a beavatkozások monitorozásához is csak az egészség-monitoring rendszer elemzőközpontjai adhatnak megfelelő szakmai támogatást.

## **Célkitűzés**

Országos lefedettséget biztosító regionális alapon szervezett egészség-monitoring rendszer létrehozása, mely az egészségi állapot és meghatározó tényezői időbeli és térségi alakulásának folyamatos követésével, azok elemzésével, az elemzések értelmezésével biztosítja a Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2030 karbantartását az akciók célcsoportjainak, valamint a szükséges intézkedések

meghatározásával, azok eredményességének értékelésével, továbbá a várható és kezelendő népegészségügyi problémák előrejelzésével.

### **Javasolt intézkedések - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

Az ország vezető népegészségügyi szakembereinek közreműködésével, a Semmelweis Egyetem Epidemiológiai és Surveillance Központjának szakmai koordinációjával és a Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság szakpolitikai tanácsadásának biztosításával:

- országos lefedettséget biztosító egészségobszervatórium (EO) rendszer koncepcionális keretének kidolgozása, az EO-k működési területének, szolgáltatási spektrumának pontos meghatározása,
- az adatszolgáltatás forrásainak és rendjének rögzítése,
- az elemzési feladatok tartalmának és koherens módszertanának kialakítása,
- az EO-k létrehozásához szükséges jogszabályok megalkotása,
- az EO-k létrehozása és működtetése,
- képzés az EO munkatársai részére,
- az EO-k website-jának kialakítása.

**Alapfeladatok**, melyeket valamennyi obszervatórium végez:

- a halálozási viszonyok monitorozása (halálok, nem, korcsoportos bontásban),
- a megbetegedési viszonyok monitorozása,
- a demográfiai, társadalmi gazdasági indikátorok, egészségi állapotot befolyásoló tényezők eloszlásának monitorozása.

**Speciális feladatok**, melyeket egy-egy obszervatórium végez országos szintű szolgáltatásként:

- a környezet-egészségügyi mutatók monitorozása,
- az egészségügyi ellátó rendszer szolgáltatásai eloszlásának elemzése,
- a hátrányos helyzetű lakosság területi eloszlásának monitorozása.

**Ad hoc feladatokat** együttesen és egyedileg egyaránt teljesíthetnek az obszervatóriumok területi és/vagy országos szintű szolgáltatásként, úgymint

- egészségfelmérések,
- egyéb célzott felmérések.

**Egyedi vállalások** szintjén az obszervatóriumok tevékenysége nem korlátozott, de értelemszerűen központi forrásból nem is támogatott.

Fenti adatok összevont térinformatikai elemzésével lehetőség nyílik a szükségletek és igények egzakt alapokon nyugvó meghatározására, a népegészségügyi problémák hátterének etiológiai megközelítésű



elemzésére, valamint – geostatistikai eljárások alkalmazásával – a célzott népegészségügyi beavatkozást igénylő területek, ill. lakossági csoportok azonosítására, földrajzi körülhatárolására.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- az EO-k létrehozását és működtetését érintő jogalkotás dokumentumai
- kézikönyv az EO-k működési rendjéről és módszertanáról
- a létrejött EO-k és hálózatuk
- az EO-k website-jának létrejötte
- az EO-k alap, speciális és ad hoc feladatainak dokumentumai
- az EO-k elemzéseit hasznosító egészségtervek, projektek

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium (kiemelten az Egészségügyi Államtitkárság valamint a Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárság)
- Pénzügyminisztérium
- Kulturális és Innovációs Minisztérium Innovációért és Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság
- Országos Kórházi Főigazgatóság
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- Kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai és osztályai
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Központi Statisztikai Hivatal
- Országos Onkológiai Intézet
- Egyetemek orvostudományi, egészségtudományi, népegészségügyi és fogorvos-tudományi karai, intézetei
- Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatai
- Magyar Tudományos Akadémia
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete tagintézményei
- Magyar Orvosi Kamara
- Egészségfejlesztési Irodák
- Más országokban, hasonló feladatkörrel működő egészségobszervatóriumok
- Kutatás-fejlesztési tevékenységet tervező, illetve folytató intézmények (például Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal, NKFIH; EU Horizon 2020 kutatás-fejlesztési együttműködések, partnerek)

- Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium (RRF-2.3.1-21-2022-00006).
- Média

### Helyzetelemzés/Helyzetértékelés

Napjainkban az egészségthatás-vizsgálatok (EHV-k) bevezetésére és alkalmazására vonatkozó rendelkezések a népegészségügyi stratégiák, programok szerves részét képezik, az EHV-t az egészséget támogató döntéshozatal részeként használják a világ számos országában. Az egészségthatás-vizsgálat alkalmazási területe rendkívül széles, segítségével politikai/szakpolitikai tervezetek/döntések, ipari beruházások, városfejlesztési tervek, lakhatási politikák vagy uniós szintű stratégiai döntések egyaránt értékelhetők egészségre gyakorolt hatásaik szempontjából.

Az EHV-k eredetüket tekintve a környezethatás-vizsgálatokhoz kapcsolódnak, módszertanuk a környezeti hatásvizsgálatok (KHV) módszeréből alakult ki. Az egészségthatás-vizsgálatok fejlődésének alapvetően két iránya van: 1. a környezeti hatások minél teljesebb feltárására és kockázatértékelő módszerekkel történő számszerűsítésére törekvő biomedikális modell; 2. az egészség holisztikus szemléletén alapuló, az egészséges közpolitika és az egészséget támogató interszektoriális cselekvések kialakítását célzó modell. A két modell ötvözésének eredményeként alakult ki az EHV-k napjainkban alkalmazott módszertana és gyakorlata.

A kezdetben jellemzően fejlesztési és beruházási projekteket vizsgáló tanulmányok mellett egyre nő az igény a politikákat, stratégiai terveket és programokat elemző regionális, nemzeti és nemzetközi szintű EHV-k iránt. 2004-ben a politikák vizsgálatára alkalmas egységes európai módszertan (European Policy Health Impact Assessment) is kialakításra került. Ennek alkalmazásával számos EHV-t végeztek, mint pl. az Európai Unió foglalkoztatási politikáját vizsgáló EHV; az uniós csatlakozást követő szlovén mezőgazdasági politika vizsgálata, a minőségi bortermelés politikáját vizsgáló magyar, illetve a turizmus, étkezési rosttermelési politikát vizsgáló nemzetközi EHV-k. Az egészségthatás-vizsgálatok olyan viszonylag új területekre is kiterjedtek, mint a klímaváltozás és a romapolitika emberi egészségre gyakorolt hatása.

Az Európai Unió Amszterdami Szerződésének 152. cikkelye (korábban a Maastrichti Szerződés 129. cikkelye) követelményként állítja a tagországok elé, hogy a közösségi politikájuk, döntéseik, akcióik megfogalmazásában és azok megvalósításában az emberi egészség védelmének szempontjai magas szinten érvényre jussanak. Az Európai Unió már az első Népegészségügyi Akcióprogramjának (2003–2008) munkatervében kiemelten kezelte, a nemzeti szakpolitikák szintjén is deklarálta, az egészségthatás-vizsgálatok bevezetését. A WHO szerint az EHV a demokrácia, az egyenlőség, a fenntartható fejlődés és a tudományos bizonyítékok etikus használatának elvét ötvözi a gyakorlatban.

A közelmúltban elvégzett felmérés szerint az EHV elterjedésének gátja világszerte az EHV elvégzésére alkalmas szakemberek képzésének esetleges volta és a törvényi szabályozás elégtelensége. A jelenlegi magyar jogrendszer tartalmazza a szabályozott egészségthatás vizsgálati kötelezettséget. Közel 30

törvény/kormányrendelet/miniszteri rendelet közvetett vagy közvetlen módon rendelkezik az egészséghatás-vizsgálatok elvégzésének szükségességéről különböző olyan intézkedések, tervek, programok kapcsán, amelyek megvalósítása során az emberi egészséget károsító hatás nem zárható ki. A 314/2005. (XII. 25.) Korm. rendelet „a környezeti hatásvizsgálati és az egységes környezethasználati engedélyezési eljárásról” pedig a környezethatás-vizsgálat részeként kötelezően előírja az egészséghatás-vizsgálat elvégzését is. A törvényi kötelezettség ellenére hazánkban az egészséghatás-vizsgálatok elvégzése esetleges, hisz elmaradását semmiféle jogszabály nem szankcionálja. Ha az egészséghatás-vizsgálatot el is végzik, a tanulmány csak elvétve hozzáértő szakemberek munkája. Azt a tényt, hogy ez a probléma nemcsak hazánkban létezik, jól jelzi az Európai Parlament 2014/52/EU Irányelve, mely a tagállamok számára előírja, hogy a jogalkotóknak a környezeti hatásvizsgálati szabályok módosításakor

- meg kell valósítani a hatásvizsgálati eljárásban a projekt klímaváltozásra, emberi egészségre, erőforrás-hatékonyságra, biológiai sokféleségre gyakorolt hatásainak kifejezettebb, hatékonyabb vizsgálatát,
- módosítani kell a hatásvizsgálati dokumentáció tartalmi követelményeire vonatkozó előírásokat, és biztosítani kell a dokumentáció minőségének javítása érdekében a megfelelő képzettséggel és szaktudással rendelkező szakértők részvételét,
- javítani kell a monitoring eljárások és a káros hatások csökkentésére irányuló intézkedések hatékonyságát.
- intézkedéseket kell bevezetni az átláthatóság és információhoz való hozzáférés feltételeinek javítására.
- a jogszabály megsértőivel szemben jelenleg alkalmazható szankciókat meg kell vizsgálni és szükség esetén az Irányelvvel összhangban módosítani kell azokat.

## **Célkitűzések**

Az egészséghatás-vizsgálatok intézményesített bevezetésével a bármilyen szinten meghozandó döntés, tervezett intézkedés várható népegészségügyi hatásait előre jelezni és értékelni; a döntéshozókat tájékoztatni a pozitív hatások maximális kihasználásának és az előnytelen hatások kiküszöbölésének lehetőségeiről, ezáltal esélyt teremteni arra, hogy az egészségi állapot és az egészségi egyenlőtlenségek alakulását az intézkedések kedvező irányba befolyásolják.

## **Javasolt intézkedések - Szükséges személyi, tárgyi, szakmai és szervezeti beavatkozások**

- Az egészséghatás-vizsgálat elvégzésére vonatkozó törvényi kötelezettség megerősítése a megvalósítást szabályozó rendeletekkel, végrehajtási utasításokkal.
- Az egészséghatás-vizsgálatok végrehajtása szervezeti háttérének kidolgozása.

- Akkreditált képzés létesítése és indítása a felsőoktatásban
- Az EHV-t végző szervezetekkel/szolgáltatókkal kapcsolatos akkreditációs eljárás kidolgozása kapcsán a minőségi elvárások rögzítése, a munkacsoport személyi összetételének meghatározása. Egy akkreditált EHV-munkacsoporttal szemben alapvető elvárás kell legyen, hogy kompetenciát bizonyítson az alábbi kulcsfontosságú területeken:

- epidemiológia,
- környezet-egészségtan,
- foglalkozás-egészségtan,
- egészségfejlesztés,
- jogalkotás, -alkalmazás és államigazgatás,
- társadalomtudományok, különös tekintettel az egyenlőtlenségek ismeretére és kezelésére,
- kommunikáció,
- a szakirodalom rendszerezett, konstruktív felhasználása,
- és dokumentált publikációs tevékenység az egészségtudomány/népegészségügy területén.

A humán erőforrás-háttér rendelkezésre állhat adott állami intézmény(ek) vagy vállalkozás(ok) dokumentált szakértői hálózataként, több intézet/intézmény/vállalkozás konzorciális hálózataként, meghatározott koordináló központtal.

- Az EHV-t végző szervezetekkel/szolgáltatókkal kapcsolatos akkreditációs eljárás kidolgozása kapcsán a minőségi elvárások rögzítése során az EHV infrastrukturális és informatikai feltételrendszerének meghatározása

Az EHV végzésének infrastrukturális feltételrendszere a demográfiai, mortalitási, morbiditási, valamint a környezet-egészségügyi és társadalmi-gazdasági adatbázisok elérhetőségét és elemzését lehetővé tevő hardverek és szoftverek biztosítottága, valamint a legjobb gyakorlatot tartalmazó szakirodalom elérhetősége.

- *Az EHV hazai intézményesítése:* A jelenlegi hazai helyzetben az EHV akkreditációs feltételrendszerének (minőségi standardjainak) és eljárásrendjének kialakítása céljából legfontosabb megoldandó feladatok az időrendi ütemezés figyelembevételével:

- az EHV tevékenység minőségi értékelési rendszerének szempontjai, illetve az akkreditációs tevékenység dimenzióinak meghatározása a különböző akkreditációs rendszerek áttekintése és a nemzetközi gyakorlat alapján,
- az EHV nemzetközileg alkalmazott módszertanának, ajánlási rendszereinek, minőségi kritériumainak áttekintése az EHV különböző szintjeinek és típusainak függvényében,
- a szükségletekhez és lehetőségekhez legjobban alkalmazkodó bevezetési terv kialakítása,
- szakmai irányelvek kiadása az EHV területein, az intézményakkreditáció feltételrendszerének megállapítása, alapidokumentumainak elkészítése,

- az akkreditációs dokumentáció kialakítása a kiválasztott területeken, az eljárásrendek kialakítása,
- az EHV akkreditációs testületének létrehozása,
- az EHV projektek nyomon követési és értékelési rendszerének kidolgozása, az ezzel összefüggő módszertan kialakítása.

### **Előrehaladás, megvalósulás monitorozása**

- Az EHV-t kötelezettségként előíró és az akkreditációs eljárást szabályozó jogalkotás dokumentumai.
- Az akkreditált EHV munkacsoportok száma.
- A munkacsoportok által elvégzett EHV-k száma.

### **Partnerségi kapcsolatok**

- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, Gondoskodáspolitikáért Felelős Államtitkárság
- Energiaügyi Minisztérium
- Agrárminisztérium
- Építési és Közlekedési Minisztérium
- Gazdaságfejlesztési Minisztérium
- Igazságügyi Minisztérium
- Kulturális és Innovációs Minisztérium
- Miniszterelnökség
- Nemzeti Népegészségügyi Központ
- Kormányhivatalok népegészségügyi osztályai
- Kormányhivatalok környezetvédelmi és természetvédelmi osztályai
- Önkormányzatok
- Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvostan, Foglalkozás orvostan, Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia tagozatok
- Egyetemek orvostudományi és egészségtudományi karai
- Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete
- Nemzetközi szakmai szervezetek
- Civil szervezetek
- Media