

HÁTTÉRTANULMÁNY - 2022 No.10

HOGYAN LESZÜNK EGÉSZSÉGES NEMZET?

Az Egyensúly Intézet javaslatai
a magyar népegészségügy
megreformálásáról



Egyensúly
Intézet

Magyarország jövő időben ▶▶

— Egyensúly Intézet

Hogyan leszünk egészséges nemzet?

Az Egyensúly Intézet javaslatai

a magyar népegészségügy megreformálásáról

2022-10

Felelős kiadó és szerkesztő: Egyensúly Intézet

Kiadványszerkesztés: Zádori László

2022. április

© Egyensúly Intézet

Az Egyensúly Intézet hálás köszönetét fejezi ki a háttér tanulmány szakértőinek, Gervai Nórának és Gilly Gyulának.

Köszönjük a tanulmány előkészítése során nyújtott értékes szakmai segítséget Gaál Péternek, Kincses Gyulának, Kollányi Zsófiának, Rékassy Balázsnak, Toldy-Schedel Emilnek és Vitrai Józsefnek.

TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló	8
1. Mi a probléma?	12
2. Meddig élünk? Hogyan élünk?	15
2.1. Legfontosabb egészségmutatóink	15
2.2. A magyarok egészségi állapota – mitől leszünk betegek?	19
2.2.1. Táplálkozási kockázatok és testmozgás	22
2.2.2. Dohányzási szokások	24
2.2.3. Alkoholfogyasztási szokások	25
2.2.4. Mentális egészség	26
3. Betegségügy helyett egészségügyet!	30
3.1. Az egészség társadalmilag meghatározott	31
3.2. Az egészség mint tőke	32
3.3. Egészséget minden szakpolitikába!	34
3.4. Mit jelent a prevenció a népegészségügyben?	36
3.5. A lehető legnagyobb hatás elve és az adatalapú népegészségügy	37
3.6. Hogyan változtatható meg az egyéni egészségmagatartás?	38

3.7. Miért szükséges bevonni az egyént az egészségfejlesztésbe? **41**

3.8. A legfontosabb beavatkozási területek **42**

4. Az Egyensúly Intézet javaslatai **44**

4.1. Az alapellátás népegészségügyi fókuszú megerősítése **45**

4.1.1. Több szakmát összefogó, prevenciós és egészségfejlesztő csoportpraxisokat! **45**

4.1.2. Ötévente általános egészségi állapotfelmérést a 35 és 64 év közötti magyaroknak! **46**

4.1.3. Eredményalapú bérkiegészítést a házi orvosoknak! **46**

4.1.4. Felnőtteket segítő védőnőket! **47**

4.1.5. Közösségi egészségőröket a hátrányos helyzetű településeken! **47**

4.2. A szűrési programokon való részvétel növelése és a teljes népeességet célzó beavatkozások **49**

4.2.1. Digitális egészségnapotárat és egészségglottót! **49**

4.2.2. Személyre szabott információval buzdítsunk a szűrésen való részvételre! **50**

4.2.3. Rugalmas szűrést, gyermekfelügyeletet, szűrési szabadnapot! **51**

4.2.4. Brit mintára tegyük sávossá és progresszívvé a chipsadót! **51**



4.2.5. Legyen tilos az egészségtelen élelmiszerek gyermekeket célzó marketingje!	53
4.2.6. Figyelmeztető címkéket az egészségtelen élelmiszerekre!	53
4.2.7. Orvosi segítséget a bevásárláshoz!	54
4.2.8. Egészséges levegőt!	55
4.3. Életúthoz és színterekhez kötött közösségi egészségfejlesztés	57
4.3.1. Egészséges életkezdetet!	57
4.3.2. Egészséget az iskolákban!	57
4.3.3. Egészséges munkahelyet!	59
4.3.4. Egészséges időskort!	61
4.3.5. Egészséges lakókörnyezetet, támogató közösségeket!	63
4.4. Nyújtsunk védelmet a szegényeknek!	64
4.4.1. Segélyek labirintusa helyett egységes, automatikusan járó alapjuttatást!	65
4.4.2. Vezessük be a gyermekek után járó alapjuttatást!	65
4.4.3. Vezessünk be minden nyugdíjaskorúnak járó alapnyugdíjat!	65
4.4.4. Automatizáljuk a rászorultság megállapítását és a juttatások kiutalását!	65

4.5. Segítsük az álláskeresőket!	66
4.5.1. Emeljük 10 hónapra az álláskeresői járadék folyósításának időtartamát!	66
4.5.2. Legyen a nettó minimálbér 90 százaléka az álláskeresői járadék összegének alsó határa!	66
4.5.3. A tartós munkaviszonnyal nem rendelkezők is legyenek jogosultak az álláskeresői járadéokra!	67
4.6. Esélyteremtő közoktatást!	67
4.6.1. A tankötelezettségi korhatár legyen ismét 18 év!	67
4.6.2. Legyen egységesen 8 osztályos az alapfokú képzés!	68
4.7. Huszonegyedik századi népegészségügyi rendszert!	68
4.7.1. Egészséghatás-vizsgálatot minden szakpolitikai döntéshez!	68
4.7.2. Népegészségügyi Tanács segítse a kormány munkáját!	69
4.7.3. Adataalapú döntéshozatalt, hálózatos népegészségügyet!	69
Zárszó	70
Felhasznált irodalom	72

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

01

A magyarok egészségi állapota mind az uniós átlaggal, mind régiós versenytársainkkal összehasonlítva a legrosszabbak közé tartozik. Közel öt évvel élünk kevesebbet az EU-átlagnál, és ezalatt többet is betegeskedünk. Egy jól működő népegészségügy több mint 23 ezer ember életét menthetné meg évente.

.....

02

Az egészség nem pusztán az egyén érdeke: a népességfogyás és a társadalom előregedése miatt társadalmi szempontból létkérdés, hogy javítsunk az egészségi állapotunkon. Az emberek egészségét jelentős mértékben társadalmi tényezők sokasága befolyásolja. Az alacsonyabb társadalmi státus általában rosszabb egészségmutatókkal és rövidebb várható élettartammal jár együtt. Az egészség társadalmi meghatározottságát az egészségügynek is figyelembe kell vennie.

.....

03

Az egészségügy nem betegségügy. Hatékonyabb és olcsóbb is elérni, hogy minél kevesebben betegedjenek meg, mint a kialakult betegségterhet kezelni. Ezért korszerű, a betegségek társadalmi okait kezelő népegészségügyi rendszerre van szükség, amelynek fókuszában a prevenció és az egészségfejlesztés áll.

04

A leggyakoribb halálokok Magyarországon: a szív- és érrendszeri megbetegedések, a daganatos és légzőszervi megbetegedések, illetve a diabétesz. A korai halálozások és a népbetegségek egyaránt hasonló életmódbeli okokra vezethetők vissza: egészségtelenül táplálkozunk, túl sok alkoholt fogyasztunk és túl sokan dohányozunk, mindeközben pedig túl keveset mozgunk. A népegészségügyi beavatkozásoknak elsősorban ezekre az életmódbeli tényezőkre kell irányulniuk.

.....

05

Egy jól működő népegészségüghöz négy alapfeltételnek kell teljesülnie: 1. fel kell ismernünk az egészség társadalmi meghatározottságát; 2. az egészséget tőkeként, az egészség megőrzését és fejlesztését pedig sokszorosán megtérülő, stratégiai befektetésként kell kezelnünk; 3. az egészség mint tőke elvének minden szakpolitikát át kell hatnia; 4. adat- és bizonyítékalapú döntésekkel, a lehető legnagyobb hatás és a részvételiség elve alapján kell törekednünk az emberek egészségmagatartásának fejlesztésére.

06

Az alapellátás népegészségügyi szempontú megerősítése érdekében prevenciós és egészségfejlesztő funkciókat ellátó, több szakma képviselőit összefogó csoportpraxisokat kell létrehozni. A háziorvosok bérezésében nagyobb arányt kell biztosítani a teljesítményt ösztönző finanszírozási elemeknek. A csoportpraxisoknak ötéves ciklusokban végre kell hajtaniuk a magyarok általános egészségügyi állapotfelmérését. Létre kell hozni a felnőtteket segítő védőnői szolgálatot. Közösségi egészségőrök segítségével kell elérni a leghátrányosabb helyzetű magyarokat.

07

A viselkedéstudományok eredményeinek alkalmazásával ösztönözzük a jobb egészségmagatartást! Önálló okostelefon-applikáció fejlesztésével hozzunk létre személyre szabott digitális egészségnaplót, amely folyamatosan információkat nyújt a legfontosabb oltásokról és szűrésekről. A részvételtől függő pontrendszer alapján anyagilag jutalmazzuk ezek igénybevételét! Az applikáció használatát motiváljuk egészséglottóval, vagyis a regisztrált felhasználók közötti pénzjutalom kisorsolásával! Rugalmas szűrési lehetőségekkel, a szűrési pontokra szállítás megszervezésével, helyszíni gyermekfelügyelet biztosításával, plusz szabadnappal ösztönözzük a szűréseken való megjelenést!

08

Az egészségtelen táplálkozási szokások visszaszorítása érdekében tegyük sávossá és progresszívvá a népegészségügyi termékadót! Jogszabályban kell tiltani az egészségtelen élelmiszerek és üdítőitalok gyermekeket célzó marketingjének minden formáját! Az értékesítés helyszínein (üzletekben és éttermekben) legyen kötelező jól látható és közérthető figyelmeztető jelzésekkel és adatokkal jelezni az egészségre káros összetevők ajánlott mértéken felüli arányát, illetve a készételek kalóriatartalmát! Pénzügyi ösztönzőkkel motiváljuk a forgalmas élelmiszerboltokat arra, hogy a vásárlás helyszínén táplálkozási tanácsokat adó orvosokat alkalmazzanak!

09

Az évente 12–13 ezer magyar halálát okozó légszennyezés csökkentése érdekében tiltsuk be a lignittel való fűtést, és érvényesítsük a szemét-, illetve avarégetés tilalmát! Az 5000 fősnél nagyobb településeken is legyen elérhető a szociálistűzifa-támogatás! Évente 100 000 épület essen át energetikai mélyfelújításon! Támogassuk az önrész csökkentésével az energiahatékonysági beruházásokat!

10

2030-tól tiltsuk be a kizárólag belső égésű motorral működő új járművek forgalomba állítását, ezzel párhuzamosan indítsunk roncsbeváltó programot! Állami hitelprogrammal ösztönözzük az elavult hajók motorcseréjét!

11

A nagyvárosokban hozzunk létre alacsony kibocsátású zónákat! A környezetkímélőbb autókra vessünk ki alacsonyabb parkolási díjakat, és támogassuk az okosmegoldásokat a parkolásnál! A mellékutakon 30 km/órában szabjuk meg a csúcsebességet!

12

A hátrányos helyzetű családok számára is biztosítsuk az egyenlő hozzáférést a védőnői és háziorvosi alapszolgáltatásokhoz! A közoktatásban 3., 7. és 10. osztályban is évente legalább tíz alkalommal szervezzünk interaktív egészségprogramokat (vagy egészségmegőrző projektheteket)! A mozgáskultúra fejlesztése érdekében töröljük el az osztályzást a testnevelésórán, helyette élményalapú és a digitális eszközökre építő feladatokkal szeretessük meg a mozgást!

13

Érvényesítsük az egészségtelen élelmiszerek iskolai büfékben és automatákban való árusításának ma is létező tilalmát! A Zöld Iskola Program mintájára hozzunk létre Egészséges Iskola Programot!

14

Vezessük be az egészségügyi TAO-támogatás rendszerét a munkahelyi egészségfejlesztő és prevenciós programok ösztönzésére! A munkahelyi egészség gondozásra (mobil szűrőpontok, a munkahelyi mozgás lehetőségének biztosítása, a dohányzásról való leszokás ösztönzése) fordított összegeket a munkaadók teljes egészében írhatják le az adójukból! Az üzemorvosokat jogköreik bővítésével vonjuk be a prevencióba! Vezessük be az Egészséges Munkahely Programot!

15

2025-re hozzunk létre országos telemonitoring-rendszert az idősek és krónikus betegek egészségmegőrzése érdekében – az okoseszközök és a távmonitorozás segítségével jelentősen csökkenthetjük az ellátórendszer terheit. 2030-ra minden idős számára alanyi jogon biztosítsuk az államilag finanszírozott távgondozás lehetőségét!

16

Az állam támogassa a „zöld sugárutak” (*greenway*), vagyis a települések közötti és városokon belüli összefüggő, zöld közlekedőutak kiépítését! A felkészülést követően 2030-tól minden évben legalább 100 kilométernyi „zöld sugárút” épüljön Magyarországon!

17

A szegénység csökkentése a leghatékonyabb népegészségügyi program. A segélyek átláthatatlan, rosszul célzott és magas bürokratikus költségekkel működtetett rendszere helyett vezessünk be egységes, a létminimum mindenkori szintjének megfelelő alapjuttatást, amelyet a NAV automatikusan utaljon a létminimum szintje alatti jövedelemmel rendelkezők számára! Lengyel mintára vezessünk be a gyermekek után járó, a létminimum mindenkori szintjének 50 százalékaival megegyező alapjuttatást!

18

Az álláskeresők hatékony segítése és a források pazarlásának felszámolása érdekében emeljük 10 hónapra az álláskeresői járadék folyósításának maximális időtartamát! Legyen a nettó minimálbér 90 százaléka az álláskeresői járadék összegének alsó határa! 5 hónapig azok is kaphassanak

csökkentett összegű járadékot, akik nem rendelkeznek a jogosultsághoz elegendő idejű munkaviszonnyal – ők azután az elhelyezkedésüket követő 10 hónapig magasabb társadalombiztosítási járulékot fizessenek!

19

A szegénység felszámolását és így az egészségi állapotunk javítását szolgáló legjobb hosszútávú beruházás az általánosan elérhető, jó minőségű és esélyteremtő közoktatás biztosítása! A tankötelezettségi korhatár legyen ismét 18 év, hogy megállítsuk a korai iskolai lemorzsolódást! A korai szelekció megszüntetése érdekében legyen egységesen 8 osztályos az alapfokú képzés!

20

Minden parlamenti és kormányzati döntéshez készüljön egészséghatásvizsgálat! A költségvetési tanácsok és klímatanácsok mintájára létrehozott Népegészségügyi Tanács biztosítsa az „egészséget minden politikába!”-elv érvényesülését!

1. MI A PROBLÉMA?

A magyarok egészségi állapota mind európai uniós, mind pedig régiós összehasonlításban rosszabb az átlagnál. Rövidebb ideig élünk, ezalatt pedig többet betegeskedünk, mint más – és nem is feltétlenül sokkal gazdagabb – országok polgárai. **A születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon 76 év, ami az EU ötödik legalacsonyabb értéke, és közel öt évvel marad el az uniós átlagtól.**¹ A koronavírus-járványt megelőző utolsó adatok szerint az EU-n belül hazánkban volt a negyedik legmagasabb a százezer lakosra jutó halálozás (1470),² miközben megfelelő népegészségügyi rendszer segítségével 2019-ben **több mint 23 ezer magyar ember halála lett volna megelőzhető.**³ Rossz egészségügyi mutatóink (az elhízott, illetve magas kockázatú alapbetegségekkel élő népesség nagy aránya) abban is kulcsszerepet játszottak, hogy a koronavírus-járvány kezdete óta számítva a világon Magyarországon a negyedik legmagasabb az egymillió főre jutó halálozások száma.⁴

Ezzel párhuzamosan a fejlett világ legtöbb államához hasonlóan **Magyarország is egyszerre szembesül a születésszám csökkenésének, illetve a társadalom elöregedésének párhuzamos és egymást erősítő kihívásaival:** az előrejelzések szerint 2050-re hazánk népessége mintegy félmillióval fog csökkenni, miközben a 65 év felettek aránya 20-ról 28 százalékra (a 85 évnél idősebbeké pedig 2-ről közel 5 százalékra) fog emelkedni.⁵ Ez két dolgot jelent: egyrészt jelentősen növekedni fog az egészségügyi és szociális rendszer terhelése, másrészt egyre kevesebb aktív korú munkavállalónak kell majd kitermelnie azokat a forrásokat, amelyekből ezeket a rendszereket fenntartjuk. **Ezt a két kihívást csak az ország életszínvonalának és gazdasági fejlődésének kárára lehet kezelni akkor, ha hazánk továbbra is az EU egyik „legegészségtelenebb” tagja marad.** Minden országra, így Magyarországra is igaz, hogy **az emberek egészségi állapotát jelentős mértékben társadalmi tényezők sokasága befolyásolja: a jövedelmi és vagyoni helyzet, a születési hely, az iskolázottság, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés vagy éppen a releváns információk elérhetősége.** Az alacsonyabb társadalmi státus általában rosszabb egészségmutatókkal és rövidebb várható élettartammal jár együtt. Ezt az összefüggést fejezik ki a „szociális gradiens”, illetve az „egészségjejtő” kifejezések. **Az egészségtelen táplálkozás, a túlzott alkoholfogyasztás, a mozgáshiányos életmód vagy a dohányzás mind olyan magatartásbeli tényezők, amelyek az egészségi állapotot meghatározó társadalmi mechanizmusok és a társadalmi helyzet hatását közvetítik.** Az egészség társadalmi meghatározottságából adódóan, **ha az egészségi állapotot kívánjuk befolyásolni, akkor valójában első lépésként ezeken a társadalmi-gazdasági tényezőkön kell alakítanunk.**

Rossz egészségügyi mutatóink abban is kulcsszerepet játszottak, hogy a koronavírus-járvány kezdete óta számítva a világon Magyarországon a negyedik legmagasabb az egymillió főre jutó halálozások száma.

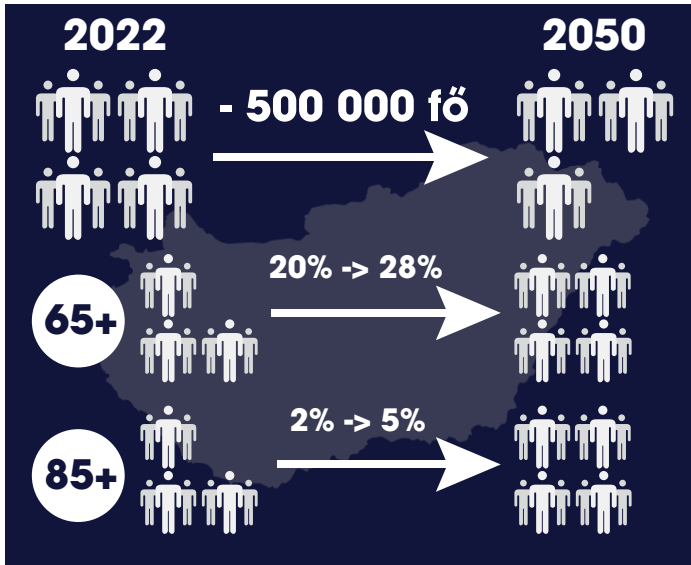
¹ Boros–Filippov, 2020: 44.

² Eurostat, 2020. Magyarország Bulgáriát (1631), Romániát (1488) és Litvániát (1485) előzte meg.

³ OECD, 2019.

⁴ Statista, 2022.

⁵ Boros–Filippov, i. m.: 82–87.



Jól látható mindebből, hogy az egészség nem kizárólag magánügy, hanem hűsbavágó társadalmi kihívás és felelősség is egyben. Az egyes ember életének meghosszabbítása és életminőségének jobbá tétele önmagában véve is kiemelt szakpolitikai cél; közösségi szempontból azonban az emberek egészsége tőke, amely döntően befolyásolja az ország versenyképességét és anyagi körülményeit. Az egészséges emberek nemcsak elégedettebbek, de tovább és hatékonyabban is tudnak dolgozni, és eközben kevesebb alkalommal kényszerülnek rá arra, hogy a munkából hosszabb-rövidebb időre kiesve kelljen igénybe venniük az egészségügy és más ellátórendszerek szolgáltatásait. Számos tanulmány mutatta már ki az összefüggést a társadalom egészségi állapota és a gazdasági növekedés között.⁶ Különösen igaz ez Magyarországra, amelynek természeti erőforrásokban szegény, kis országgént az emberek tudása, szorgalma és egészsége a legfontosabb tőkéje. Ennek megfelelően a hatékony, korszerű egészségügy megteremtése és működtetése ma az egyik legfontosabb közösségi befektetés hazánkban.

Az egészség nem egyenlő a betegség hiányával. Az egyén szempontjából sokkal inkább a jóllét teljességét jelenti, amelynek elérése mindannyiunk vágya. Mindenki szeretne sokáig és egészségesen élni, részt venni a szerettei életében, önállóan ellátni magát, olyan tevékenységeket végezni, amelyekhez kedve van és amelyekben kiteljesedhet, és mindenki szeretne hatékonyan megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel, válságokkal. Az egészség fogalma azoknak a képességeknek és lehetőségeknek az összességét is jelenti, amelyek feltételei e vágyak teljesülésének. A rossz egészségi állapot ezekben a célokban akadályoz bennünket: szűkíti a lehetőségeinket, korlátozza az életünket, a jövedelmi szintünket, a társas kapcsolataink alakítását. Az egyén érdeke egyértelmű az egészség megőrzésében, tudása és erőforrásai ugyanakkor korlátozottak. **Emiatt az egészség megőrzése nem lehet kizárólag az egyén felelőssége.** Az emberek általános egészségi állapotának javításához a közösség, az egész társadalom és az állam részéről is stratégiai gondolkodásra és átgondolt szakpolitikai tervezésre van szükség.

Az egészségügy nem azonos a betegségüggyel, és a társadalom egészségi állapotát célzó szakpolitika sem szűkíthető le a betegségek gyógyításával foglalkozó egészségügyi rendszer tervezésére és irányítására. Természetesen fontos, hogy mi történik a betegekkel, amikor bekerülnek az ellátórendszerbe, és a magyar egészségügyi rendszer kapcsán ezen a területen is bőven van mit tenni. **Az egészségügynek azonban a huszonegyedik században legalább ennyire fontos feladata elérni, hogy minél kevesebben jussanak el egyáltalán a megbetegedésig – erről pedig jóval kevesebbet hallunk a közéleti viták során.** Így az alábbiakban nem járó- és fekvőbeteg-ellátásról, kórházak működtetéséről vagy az ellátórendszer finanszírozásáról lesz szó, hanem a népegészségügyről, vagyis olyan közösségileg szervezett eszközök és tevékenységek összességéről, amelyek az egyének egészségének megőrzését és fejlesztését, a betegségek megelőzését, illetve a lehető legjobb életminőséget célozzák. *(Az egészségügyi ellátórendszer átalakításával az Egyensúly Intézet a közeljövőben külön szakpolitikai javaslatcsomagban foglalkozni.)*

Az alacsonyabb társadalmi státus általában rosszabb egészségmutatókkal és rövidebb várható élettartammal jár együtt.

⁶ IMF, 2015: 2.

Az egészségügy nem azonos a betegségüggyel, és a társadalom egészségi állapotát célzó szakpolitika sem szűkíthető le a betegségek gyógyításával foglalkozó egészségügyi rendszer tervezésére és irányítására.

A következőkben először bemutatjuk a **magyar társadalom egészségi állapotának legfontosabb mutatószámait**, hogy képet kaphassunk a kiinduló helyzetről. Ezt követően azokat az **egyéni egészséget meghatározó társadalmi tényezőket** tekintjük át, amelyek megkerülhetetlenek a társadalom egészségi állapotának javítása szempontjából, illetve kitérünk azokra az új kihívásokra is, amelyek hatással lehetnek a jövő népegészségügyi rendszerére. Azonosítjuk a legfontosabb beavatkozási pontokat, majd körvonalazzuk, hogyan járulhat hozzá az egyén és még inkább a közösség, illetve a politikai döntéshozó egy testi és lelki értelemben is egészségesebb társadalom megszületéséhez. **Először a korszerű népegészségügyi szakpolitika általános kereteit meghatározó elveket rögzítjük, majd konkrét beavatkozásokra fogalmazunk meg javaslatokat.**

2. MEDDIG ÉLÜNK? HOGYAN ÉLÜNK? – A MAGYAROK FŐBB EGÉSZSÉGI MUTATÓI

Milyen ma a magyarok egészségi állapota? Hol állunk pontosan az európai uniós mezőnyben, és mit látunk, ha közvetlen versenytársainkhoz, a visegrádi országokhoz hasonlítjuk magunkat? És mire is gondolunk pontosan, amikor a magyarok egészségi állapotának javításáról

beszélünk – vagyis konkrétan milyen mutatókon szeretnénk javítani? A következőkben bemutatjuk, milyen válaszok adhatók ezekre a kérdésekre a leginkább releváns és bevett egészségügyi mutatószámok alapján.

I 2.1. LEGFONTOSABB EGÉSZSÉGMUTATÓINK

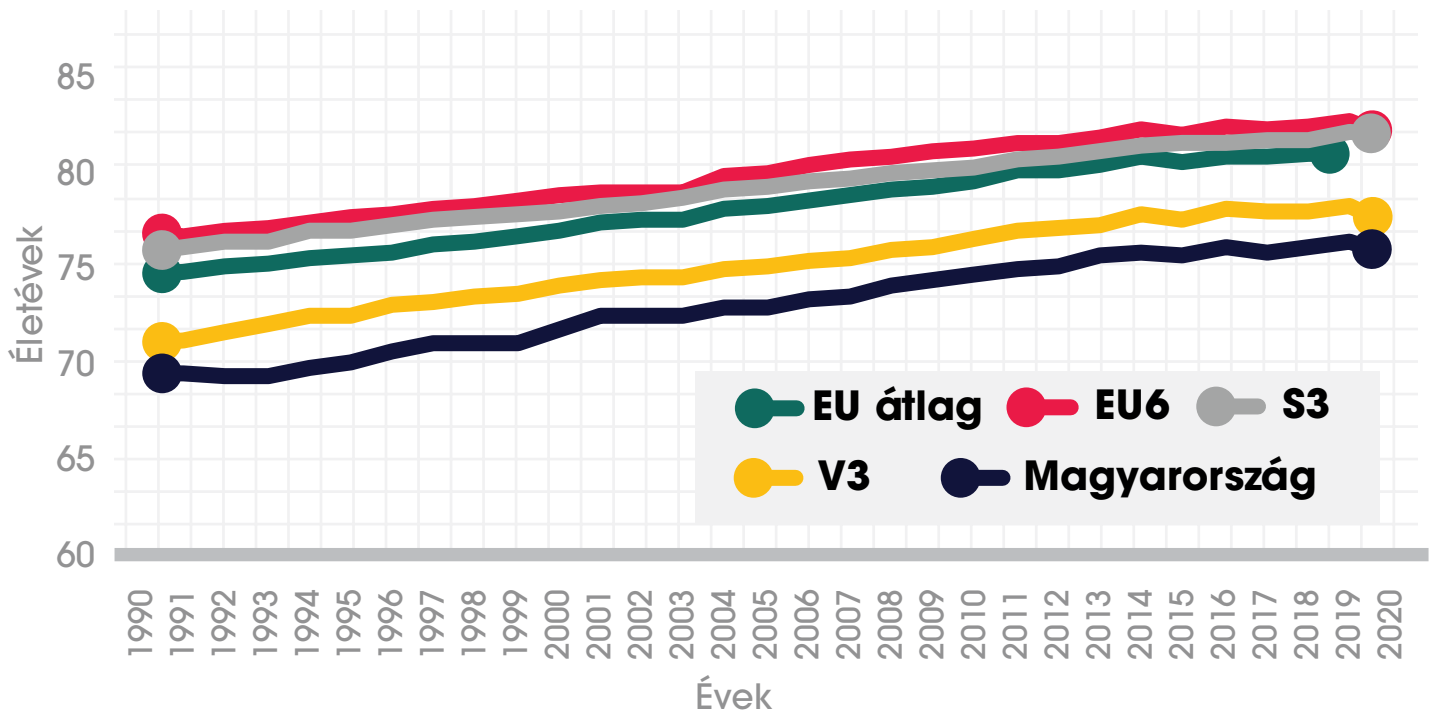
Kezdjük a **születéskor várható átlagos élettartammal**, amelyből azt tudhatjuk meg, hogy egy nemzet élve született tagjai átlagosan hány évesen hunynak el! Bár e tekintetben a rendszerváltás óta kedvező a trend, Magyarország továbbra is jókora lemaradásban van a fontosabb referenciaországokhoz képest.⁷ A **koronavírus-járványt megelőző utolsó évben az uniós átlag 81,3 év volt, míg Magyarországon 76,5 év** – vagyis a magyarok közel öt évvel élnek rövidebb ideig az európai átlagnál (1. ábra). **Ezzel a huszonhét tagállam közül csupán három országot (Lettországot, Romániát és Bulgáriát) tudtunk megelőzni, vagyis a visegrádi régió belül is a magyarok születéskor várható átlagos élettartama volt a legrövidebb.**⁸ (A koronavírus-

járvány hatására 2020-ban minden országban csökkent ez a mutatószám, de az összképen ez sem sokat változtatott: Magyarország ekkor a 24-ről a 22. helyre lépett előre.)



⁷ Tanulmányunkban négy országcsoport mutatóival vetettük össze Magyarországot releváns adatait. Az Európai Unió 27 tagállamának átlaga mellett külön is megvizsgáltuk az EU hat alapító országát (EU6: Németország, Franciaország, Olaszország, Belgium, Hollandia, Luxemburg) is: ezek tőlünk nem szélsőségesen távol álló, de jóval fejlettebb és az uniós mintákat nagyban meghatározó országok, amelyek sok tekintetben tekinthetők követendő példának. Közvetlen versenytársainkként, illetve hasonló történelmi, gazdasági és társadalmi adottságokkal rendelkező nemzetekként a visegrádi országok csoportja (V3: Csehország, Lengyelország, Szlovákia) alkotja számunkra az elsődleges viszonyítási pontot, míg az EU-tag skandináv országok (S3: Dánia, Finnország, Svédország) az európai mezőnyön belül is kiemelkedő, mintaadó szerepük miatt érdekesek: ezek az államok az egészségügyi mutatók alapján is rendre a kontinens élmezőnyéhez tartoznak.

⁸ Eurostat, 2020.



1. ábra: Várható átlagos életévek Magyarországon és a referenciaországokban, 1990–2020. Forrás: OECD, 2021 és World Bank, é. n.

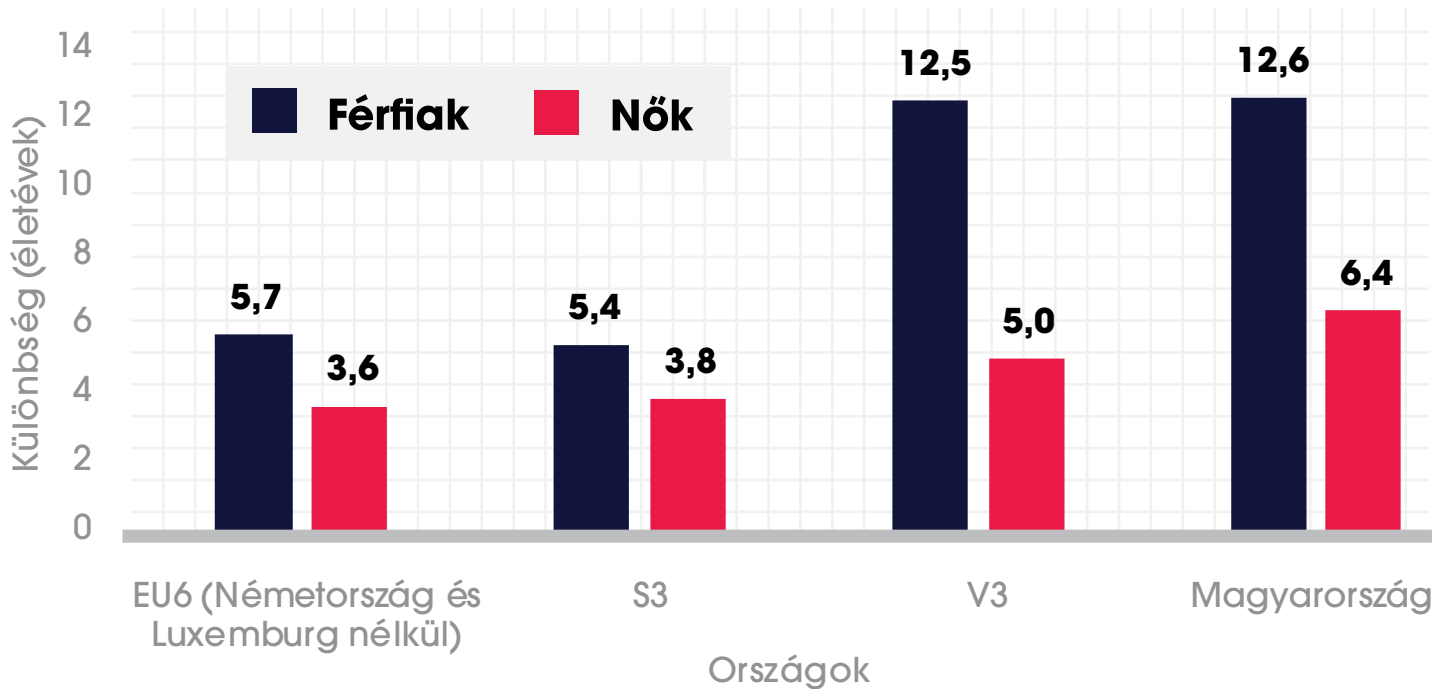
Aszületéskorvárhatóátlagosélettartamnagybanösszefügg az iskolázottsággal. **Magyarországon a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők 6,4 évvel élnek kevesebbet, mint a legmagasabb végzettségűek. A férfiak esetében még nagyobb a különbség: egy alacsonyan iskolázott magyar férfi élete átlagosan 12,6 évvel rövidebb, mint egy diplomásé.** Ezzel szemben az EU-átlag a férfiak esetében 5,7, a nők esetében 3,6 évnyi különbség (2. ábra).

A várható élettartamot emellett az is befolyásolja, hogy hová születik az ember: **Észak-Magyarországon például egy férfi majdnem 5, egy nő pedig közel 2,5 évvel él rövidebb ideig, mint Budapesten (3. ábra).** Összehasonlításképpen: az észak-magyarországi férfiak születéskor várható élettartama (70,61 év) megegyezik a líbiai férfiak várható élettartamával.

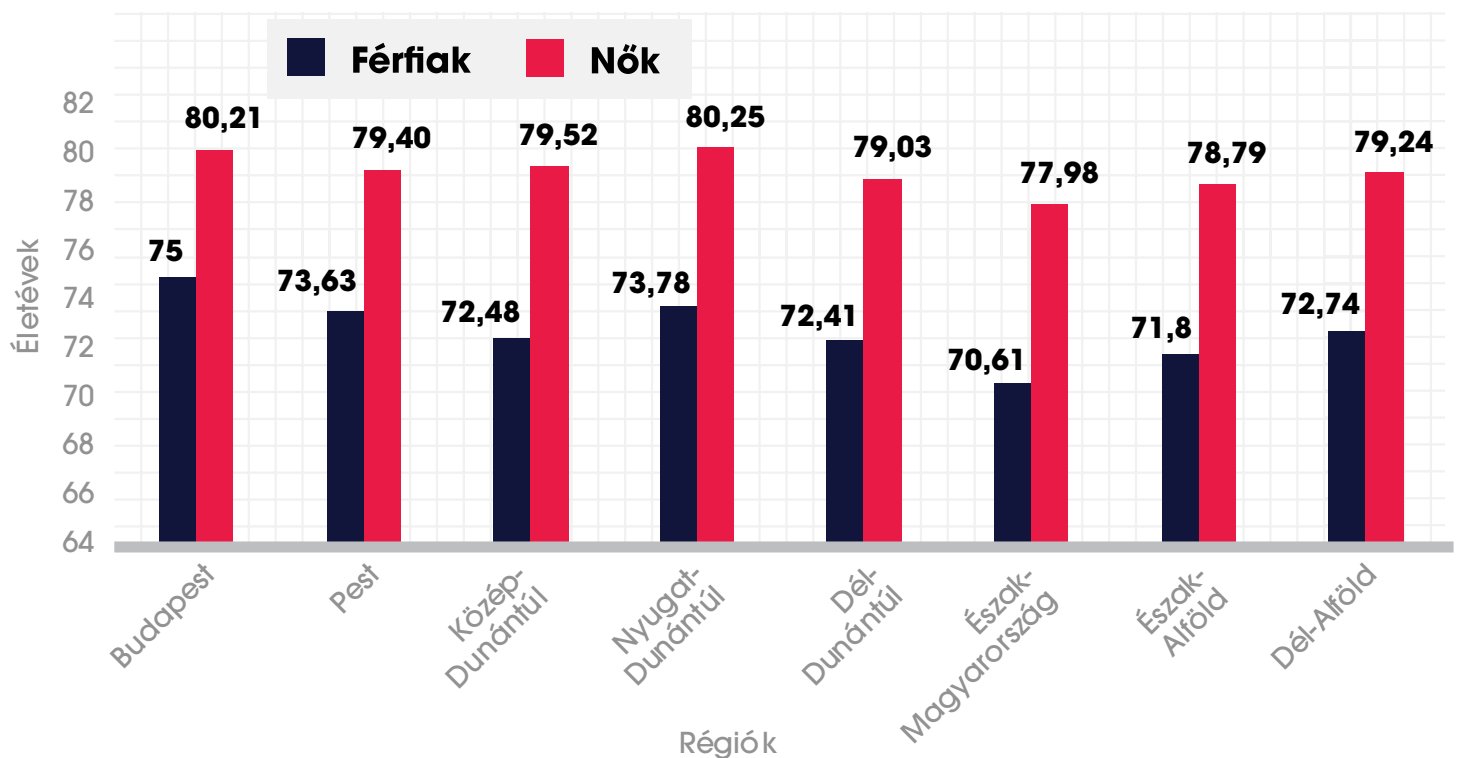
A lakóhely ez esetben is elsősorban a társadalmi egyenlőtlenségek miatt számít. A legszegényebb településeken élő nők 45 éves korban várható élettartama 32,8, míg a leggazdagabb településen élőké 37,4 év (a különbség tehát 14 százalék); a férfiak esetében ugyanez a két szám 25,8 és 32,7 év (27 százaléknyi különbség).⁹



⁹ Bíró et al., 2020: 6.



2. ábra: A születéskor várható élettartam különbségei a legmagasabban és a legalacsonyabban iskolázott réteg között a referenciaországokban és Magyarországon, 2019. Forrás: OECD, 2019

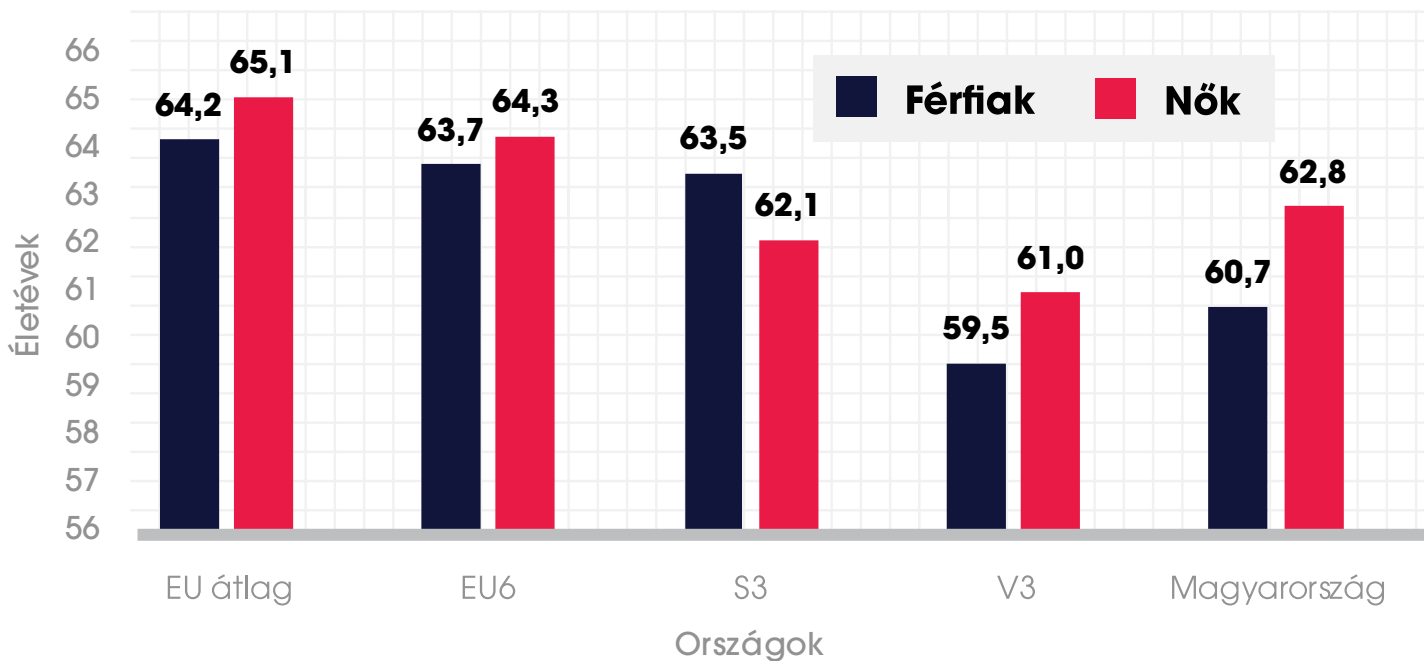


3. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon régiók szerint, 2019. Forrás: KSH, 2020a¹⁰

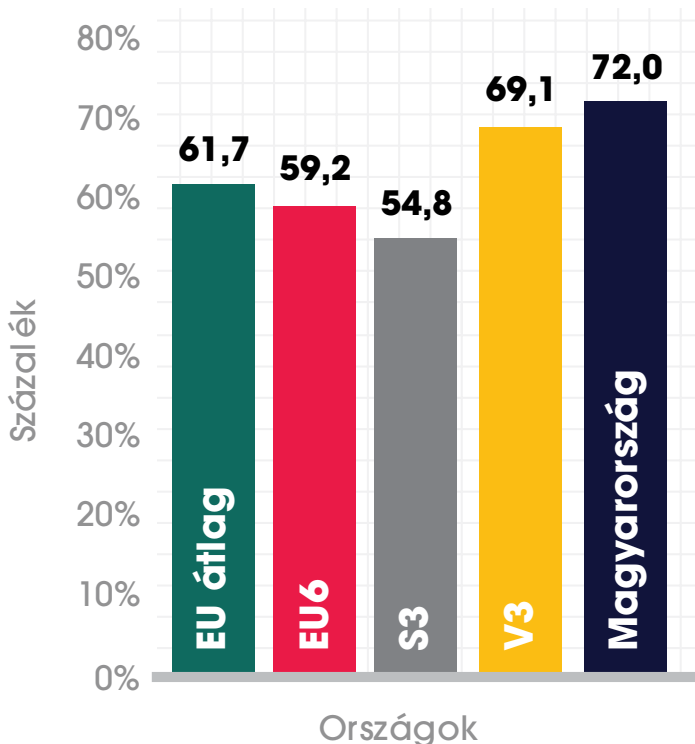
¹⁰ KSH, 2020a.

A magyarok nem csupán rövidebb ideig élnek, az EU-átlagnál, de ezalatt rövidebb ideig is élnek egészségesen (4. ábra). A férfiak 60,7 a nők 62,8 évig élnek egészségben átlagosan, ami egyaránt elmarad az EU-átlagtól (64,2, illetve

65,1 év), igaz, a visegrádi országok átlagát így is felülmúlja (59,5, illetve 61 év). Ugyanakkor a **65 év feletti magyarok 72 százaléka két vagy több krónikus betegségben szenved**, miközben az EU-átlag 61,7 százalék (5. ábra).



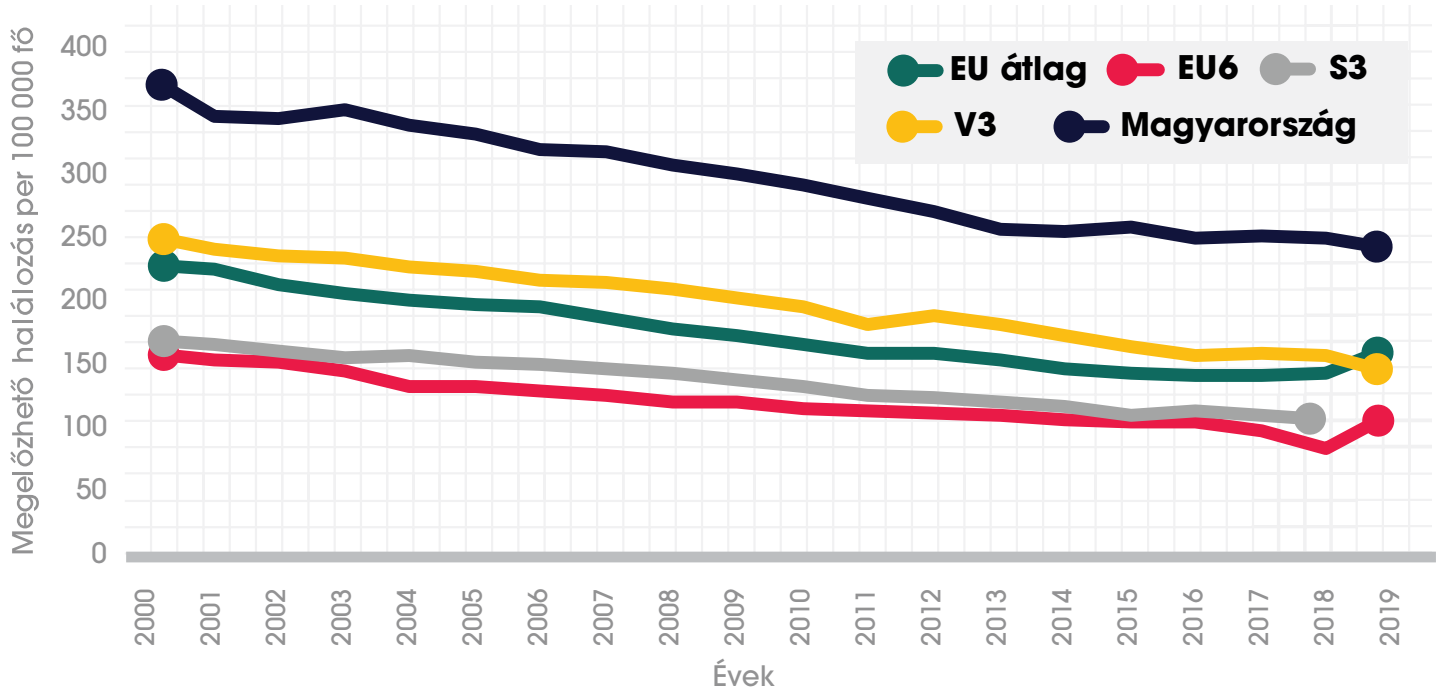
4. ábra: Születéskor várható egészségben eltöltött évek száma, 2018. Forrás: Eurostat, 2020



5. ábra: Kettő vagy több krónikus betegségtől szenvedő 65 év felettek aránya a referenciaországokban és Magyarországon, 2014. Forrás: OECD, 2019

A népesség egészségi mutatói közül utoljára hagytuk a megelőzhető halálra vonatkozó adatokat. Ez a szám százezer főre vetítve mutatja meg, hogy egy jól működő megelőzési rendszerben (vagyis egészséges életmód, megfelelő táplálkozás, szűréseken való részvétel, a betegség korai felismerése esetén) hány 75 év alatti ember esetében lett volna elkerülhető a halálozás (6. ábra).

Megelőzéssel, hatékony népegészségüggyel csak 2019-ben több mint 23 ezer esetben lett volna elkerülhető a halálozás – vagyis egy jól működő, korszerű népegészségügyi rendszer legalább ennyi magyar életét menthetné meg évente.



6. ábra: Megelőzhető halálozás Magyarországon és a referenciaországokban 100 000 főre vetítve, 2010–2019. Forrás: OECD, 2020b

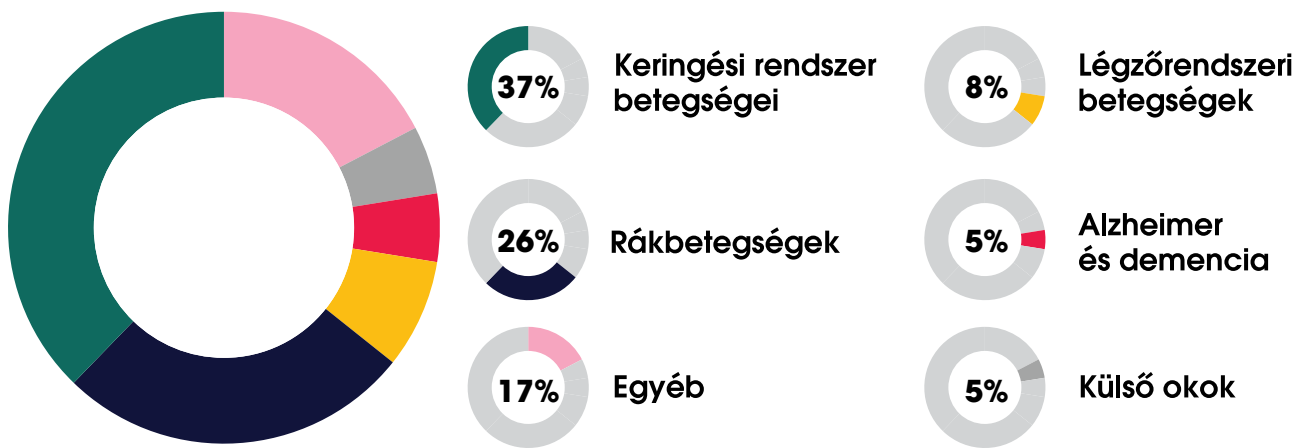
Magyarországon ez a szám a koronavírus-járvány megjelenését megelőző évben (százezer lakosra vetítve) 243 volt; az EU-átlag ezzel szemben 165, míg a visegrádi hármaké 144 volt. **Ez azt jelenti, hogy megelőzéssel,**

hatékony népegészségüggyel csak 2019-ben több mint 23 ezer esetben lett volna elkerülhető a halálozás – vagyis egy jól működő, korszerű népegészségügyi rendszer legalább ennyi magyar életét menthetné meg évente.

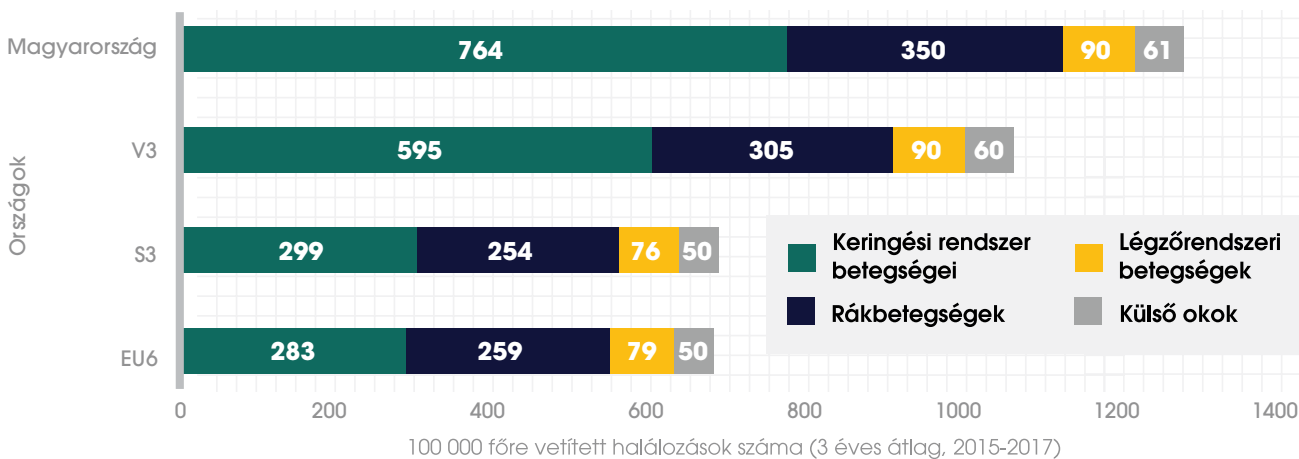
I 2.2. A MAGYAROK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA – MITŐL LESZÜNK BETEGEK?

A fejlett országokban a leggyakoribb halálokok jellemzően krónikus betegségek: a keringési rendszer megbetegedései, daganatos betegségek, légzőszervi megbetegedések, illetve a diabétesz. Bár Magyarországon a vezető halálokok összességében ugyanazok, mint a referenciaországokban, nálunk arányaiban jóval több

(hózzávetőlegesen háromból két) ember halálát okozza a keringési rendszer valamilyen betegsége, illetve daganatos megbetegedés (7. ábra). Vagyis Nyugat-Európában is hasonló betegségekben szenvednek az emberek, mint hazánkban, csak ott nagyobb az esélyük arra, hogy túléljék ezeket (8. ábra).



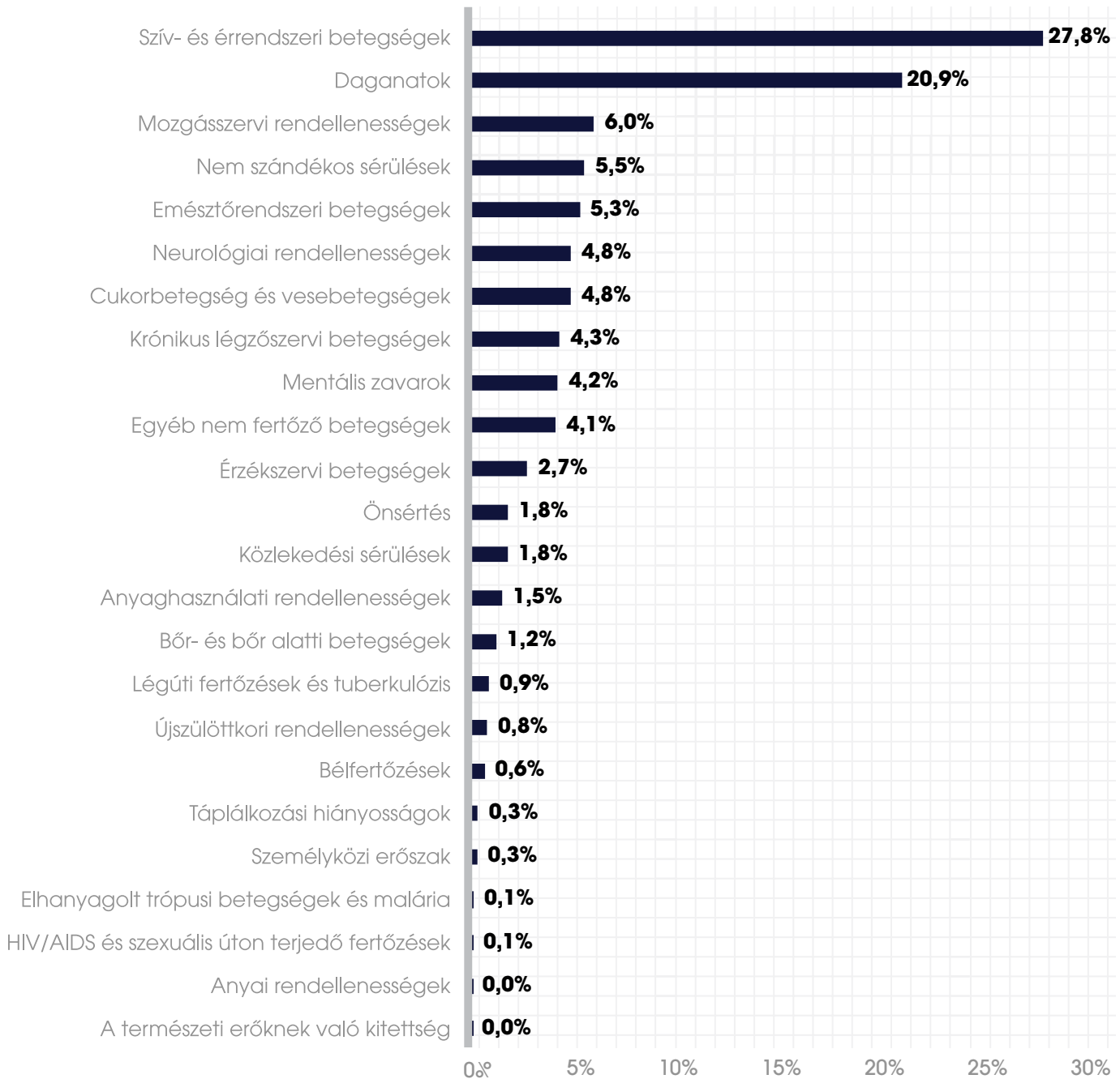
7. ábra: A leggyakoribb halálokok az EU-ban. Forrás: OECD, 2020a



8. ábra: A leggyakoribb halálokok hároméves átlaga Magyarországon és a referenciaországokban 100 000 főre, 2015–2017. Forrás: OECD, 2019

Érdeemes megvizsgálni a teljes betegségterhet is: tehát nemcsak a halált okozó állapotokat, hanem minden olyan megbetegedés terhét, amely miatt nem élhetünk teljes egészségben. Ez azt mutatja, hogy a szív- és érrendszeri problémákon, valamint a daganatos megbetegedéseken túl olyan problémák számottevő terhével is számolnunk kell,

mint a mozgásszervi megbetegedések, az emésztőrendszer megbetegedései, a neurológiai rendellenességek, a cukor- és vesebetegség, a krónikus légzőszervi betegségek, valamint a mentális, illetve a szerhasználatához kötődő megbetegedések (9. ábra).



9. ábra: A magyarok teljes betegségterhének okai (százalék), 2019. Forrás: Our world in data, 2021

Mint fentebb említettük, mind a megbetegedések, mind pedig a halálozások jelentős része elsősorban életmódbeli tényezőkre vezethető vissza. Ha csak a legnagyobb arányt képviselő betegségeket vizsgáljuk, amelyek visszaszorításával valóban látványos eredmények érhetők el (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos megbetegedések, mozgás- és légzőszervi vagy éppen emésztőrendszeri megbetegedések), jól látható, hogy milyen szokásaink játszhathatnak kulcsszerepet a rossz hazai

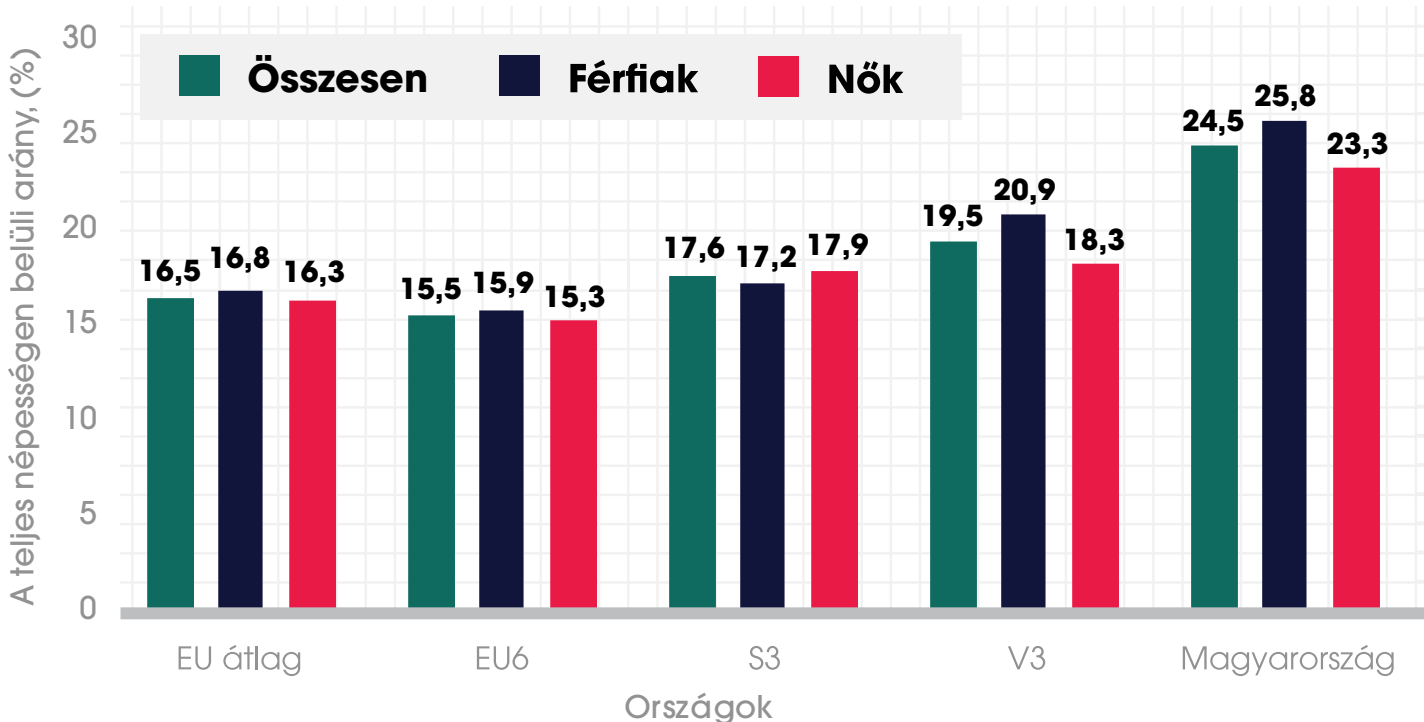
egészségmutatókban: mindenekelőtt az egészségtelen táplálkozás, a túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás, valamint a fizikai aktivitás alacsony szintje. Ezek együttesen a hazai halálozások több mint felével hozhatók összefüggésbe (szemben az EU 39 százalékos átlagával).¹¹ Az alábbiakban a hazánk vezető halálkait kiváltó betegségek kialakulásában kulcsszerepet játszó tényezőket vizsgáljuk meg egyesével.

¹¹ Európai Bizottság, 2019: 7.

2.2.1. TÁPLÁLKOZÁSI KOCKÁZATOK ÉS TESTMOZGÁS

Az Európai Unió országai közül a táplálkozás tekintetében hazánkban az egyik legrosszabb a helyzet: **a magyarok közel**

egynegyede tekinthető elhízottnak. Ez az Unió harmadik legrosszabb értéke, csak a máltaiak és az írek között van több elhízott, mint nálunk (10. ábra). Emellett **a nők 30 százaléka és a férfiak 40 százaléka minősül túlsúlyosnak.**¹²



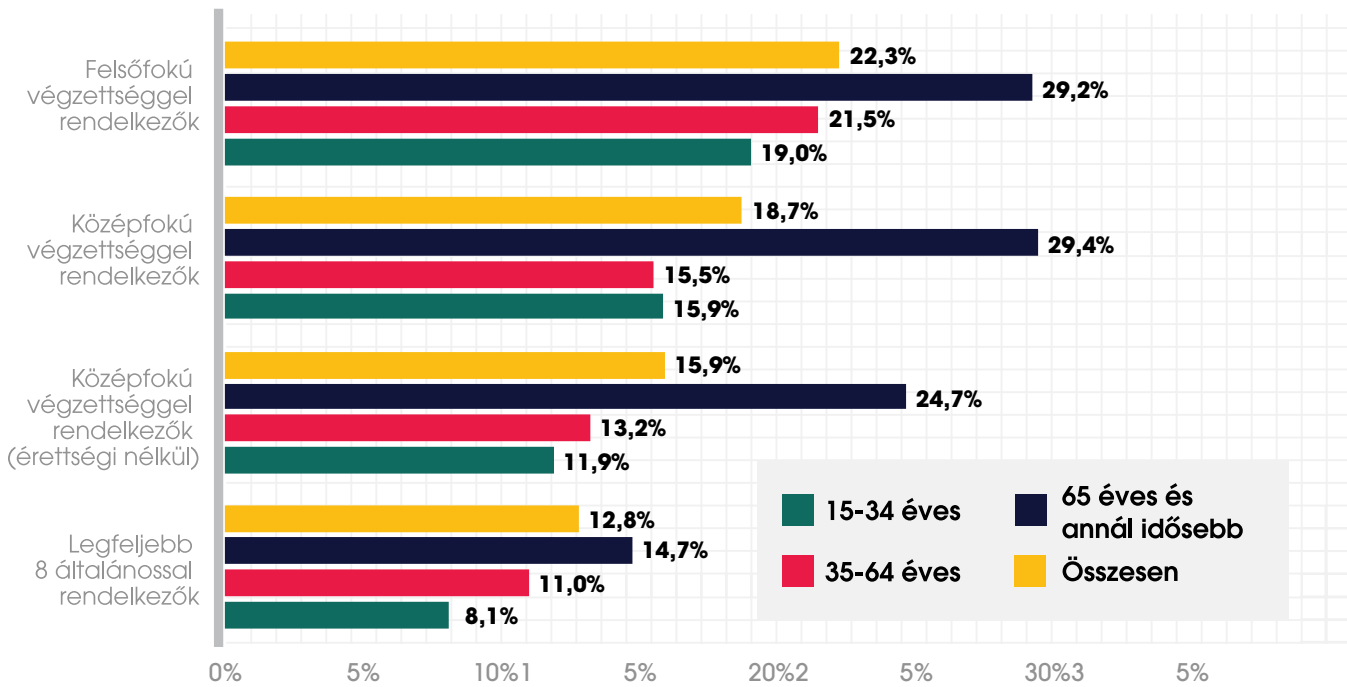
10. ábra: Az elhízottak aránya a teljes népességen belül a referenciaországokban és Magyarországon, 2019. Forrás: Eurostat 2022

Ezekért az adatokért egyértelműen a helytelen életmód felelős: egyfelől a táplálkozási szokásaink – alacsony mértékű zöldség- és gyümölcsfogyasztás, rotszegény táplálkozás stb. – másfelől a mozgásszegény életmód. **A táplálkozási kockázatok az összes magyarországi halálozás 28 százalékával, míg a kevés testmozgás 4 százalékkal hozható közvetlen összefüggésbe (az EU-átlag 18, illetve 3 százalék).**¹³

Ha a gyümölcs- és zöldségfogyasztási szokásokat nézzük, azt láthatjuk, hogy az életkor előrehaladtával a napi szinten fogyasztók aránya növekszik: míg a 15–34 éves korosztály 46 százaléka fogyaszt gyümölcsöt, illetve 43 százalék zöldséget, ez az arány a 65 éven felüliek esetében 76,1, illetve 57 százalék. Feltűnő, hogy **a gyümölcs- és zöldségfogyasztási szokások szoros összefüggést mutatnak az iskolai végzettséggel** – ami újfent az életmódbeli tényezők szerepére és így az egészség társadalmi meghatározottságára hívja fel a figyelmet (11. ábra).

¹² KSH, 2019.

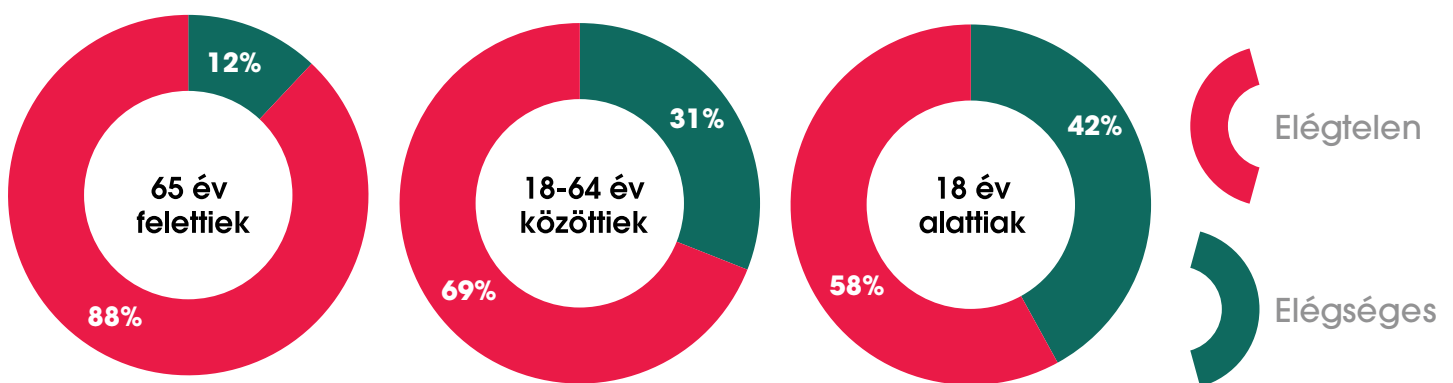
¹³ Európai Bizottság, 2019: 7.



11. ábra: A naponta gyümölcsöt és zöldséget fogyasztók aránya életkor és iskolai végzettség szerint. Forrás: KSH, 2019

Ami a testmozgást illeti, **a magyarok mindössze fele végez heti rendszerességgel valamilyen testmozgást.** Ezzel Ciprussal holtversenyben hátulról a harmadik helyen állunk az EU-n belül, míg csupán Portugália és Horvátország van mögöttünk,¹⁴ az EU átlaga pedig 72 százalék. (Érdeemes megemlíteni, hogy ezek az adatok szélesen értelmezik a testmozgást, így azt is idesorolják, ha valaki például biciklivel közlekedik a munkahelyére vagy a boltba. Ha csak a sporttevékenységre korlátozzuk a fizikai aktivitás fogalmát, a rendszeres testmozgást végzők aránya alig több mint 27 százalék.¹⁵)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint akkor tekinthető valaki fizikailag aktívnak, ha hetente 150 perc közepes intenzitású vagy 75 perc erős intenzitású fizikai aktivitást végez (vagy a kettő kombinációját). Ezenkívül hetente legalább két napon izomerősítő gyakorlatokat is kellene végezni. **Magyarországon még a 18 éven aluliaknak is csupán a 42 százaléka teljesíti ezeket a kritériumokat, az idősebb korosztályok esetében pedig ehhez képest is lényegesen kisebb az aktivitás** (12. ábra).



12. ábra: Elégséges fizikai gyakorlat végzése a népességben Magyarországon, életkor szerint, 2018. Forrás: WHO, 2019

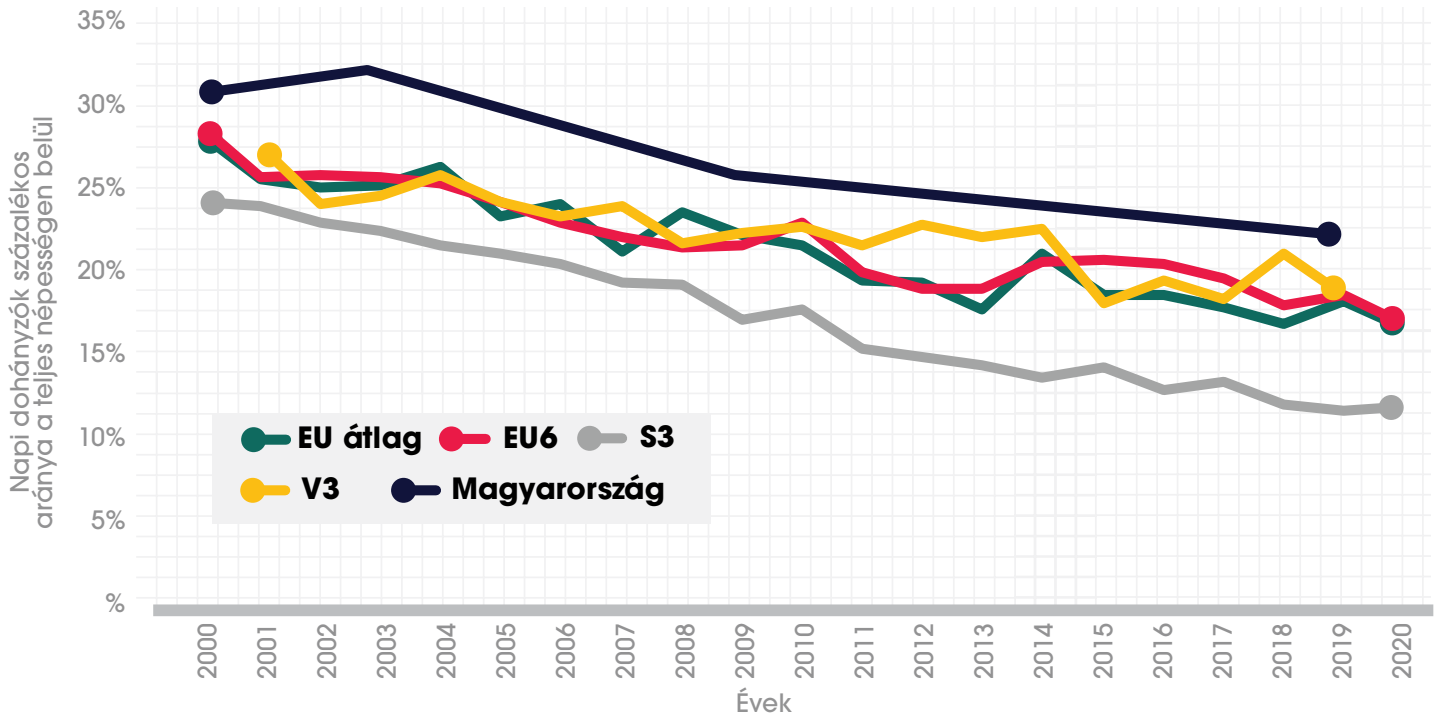
¹⁴ Eurostat, 2019.

¹⁵ Kovács et al., 2015: 15.

2.2.2. DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOK

A dohányzás Magyarországon nemcsak a felnőtt népesség, de a fiatalok körében is kiemelt népegészségügyi probléma: az éves halálozások 21 százalékában játszik döntő szerepet.¹⁶ Ez a rossz szokás közvetlen kapcsolatba hozható egyebek mellett a szívinfarktussal, az érszűkülettel, a sztrókkal, a cukorbetegséggel, a szájüregi és tüdőrák mellett számos további daganatos megbetegedéssel

vagy éppen a meddőséggel. Bár az utóbbi években hazánkban is számos népegészségügyi intézkedés célozta a dohányzás visszaszorítását, a napi szinten dohányzók százalékos aránya továbbra is jóval magasabb, mint a referenciaországokban (13. ábra). A magyarok 24,9 százaléka dohányzik napi szinten, szemben a 18,3 százalékos EU-átlaggal. Különösen aggasztó, hogy a dohányzás a fiatalabbak (15–24 évesek) körében is kiugróan magas.¹⁷



13. ábra: Napi szinten dohányzók százalékos aránya a referenciaországokban és Magyarországon, 2000–2020. Forrás: OECD, 2020d

A dohányzás egyértelmű egészségügyi károsítása mellett érdemes szót ejteni az **e-cigarettáról** is. Bár a hosszú távú hatásokról a termék újdonsága miatt eddig nem készült összefoglaló kutatás, az már bizonyossá vált, hogy számolni kell káros hatásokkal. A WHO legfrissebb jelentése szerint **az e-cigaretta mintegy kapudrogként működhet a fiatalok körében a dohányzáshoz vezető úton**: a nemdohányzó, de e-cigarettát használó fiatalok esetében legalább megduplázódik annak az esélye, hogy később a dohányzásra is rászoknak.¹⁸ A 2020-as magyar Ifjúsági Dohányzási

Felmérés szerint az elektromos cigarettát kipróbáló fiatalok száma valóban nőtt, miközben az azt először kipróbálók életkora csökkent. Emellett az e-cigarettázók fele dohányzik is.¹⁹

¹⁶ Európai Bizottság, 2019: 7.

¹⁷ Uo.

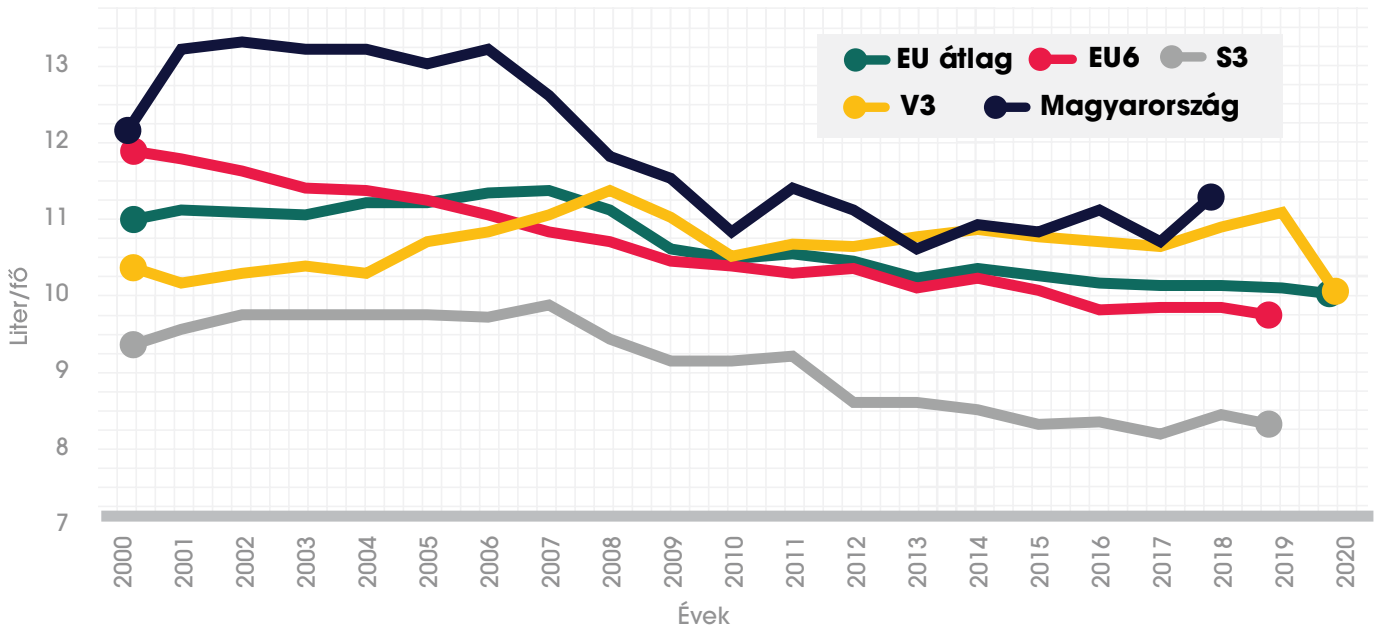
¹⁸ WHO, 2020.

¹⁹ Dohányzás Fókuszpont, 2020.

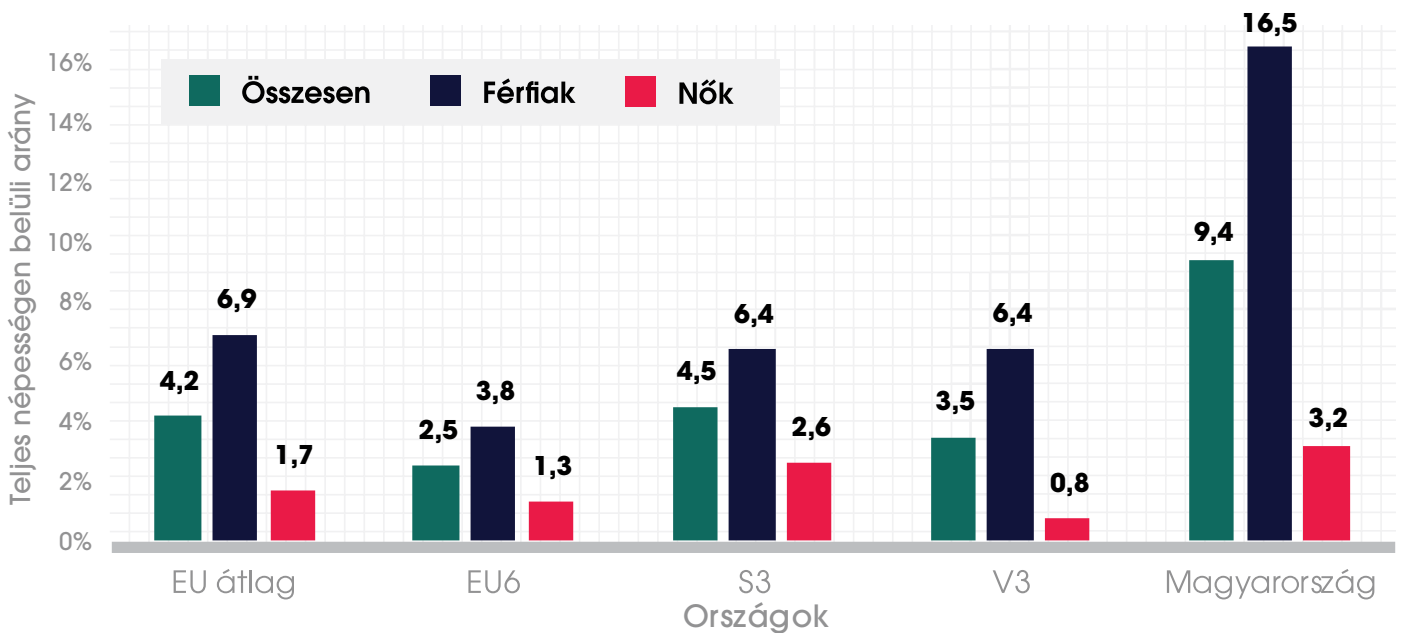
2.2.3. ALKOHOLFOGYASZTÁSI SZOKÁSOK

Minden tizedik elhunyt magyar halála hozható közvetlen összefüggésbe a túlzott alkoholfogyasztással.²⁰ Ez főként a férfiak esetében súlyos népegészségügyi probléma, ráadásul a fiatalabb, 20–54 éves korosztály körében különösen káros a hatása: az ő esetükben az

összes egészségvesztés majdnem 20 százalékaért felel. Bár az utóbbi másfél évtizedben az alkoholfogyasztás jelentősen mérséklődött Magyarországon, így sem érte el a referenciaországok szintjét. Valójában az adatok egyáltalán nem kedvezőek: az OECD-országok közül a 4. legrosszabb helyen állunk az éves egy főre jutó alkoholfogyasztásban, és csupán a csehek, az osztrákok és a lettek előznek meg minket (14. ábra).



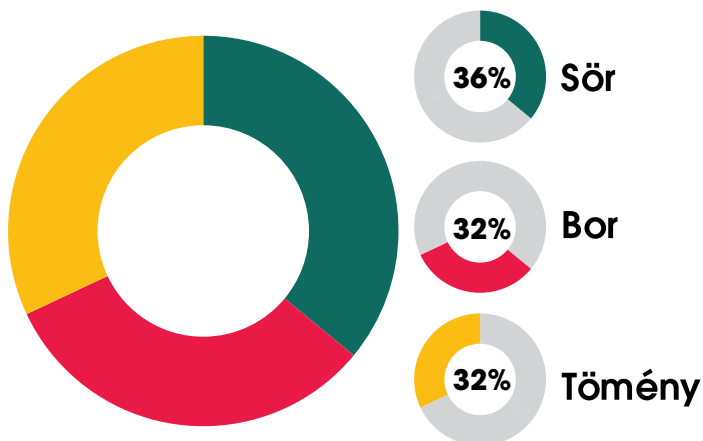
14. ábra: Átlagos éves alkoholfogyasztás a referenciaországokban és Magyarországon, 2000–2018. Forrás: OECD, 2020d.



15. ábra: Alkoholfüggők aránya nemek szerint a referenciaországokban és Magyarországon, 2018. Forrás: OECD, 2019

²⁰ Európai Bizottság, 2019.

A magyar alkoholfogyasztók között kiemelkedően sok az alkoholfüggőséggel küzdő: a nők körében kétszer, míg a férfiakéban két és félszer nagyobb az alkoholfüggők aránya, mint az EU-átlag (15. ábra).



16. ábra: Alkoholfogyasztás egyes italfajták szerint Magyarországon, 2018. Forrás: WHO, 2018

Tovább árnyalja a képet a magyarok által jellemzően fogyasztott italok megoszlása: szinte egyenlő arányban fogyasztunk sört, bort és töményitalokat (16. ábra). Ez utóbbi aránya többé-kevésbé megfelel a V3-as referenciaországok szintjének, mégis mintegy kétszer akkora, mint az EU6-ok esetében (18 százalék).²¹ Ez azt jelzi, **hogy a magyarok nem csupán sokat isznak, de nagy arányban fogyasztanak különösen egészségkárosító italokat. A legtöbb kutatás szerint a tömény italok, ezek között is a kifejezetten olcsó**

égetett szeszek a legkárosabbak az egészségre: közvetlen összefüggésbe hozhatók többek között a szívritmuszavarral, a szívinfarkttal, az agyi infarkttal és trombóissal, a magas vérnyomással, az elhízással, a cukorbetegséggel, valamint az emésztőrendszer szinte összes daganatos megbetegedésével. A dohányzáshoz hasonlóan ráadásul az alkoholra is érvényes, hogy a fiatalok szokásai a felnőtt társadalom mintáit tükrözik.²²

2.2.4. MENTÁLIS EGÉSZSÉG

Az egyes megbetegedések okozta betegségteher mértékét tekintve a **mentális, illetve szerfüggőség miatti megbetegedések hazánkban a nyolcadik helyen állnak, és az összes betegségteher 4,24 százalékáért felelnek.**

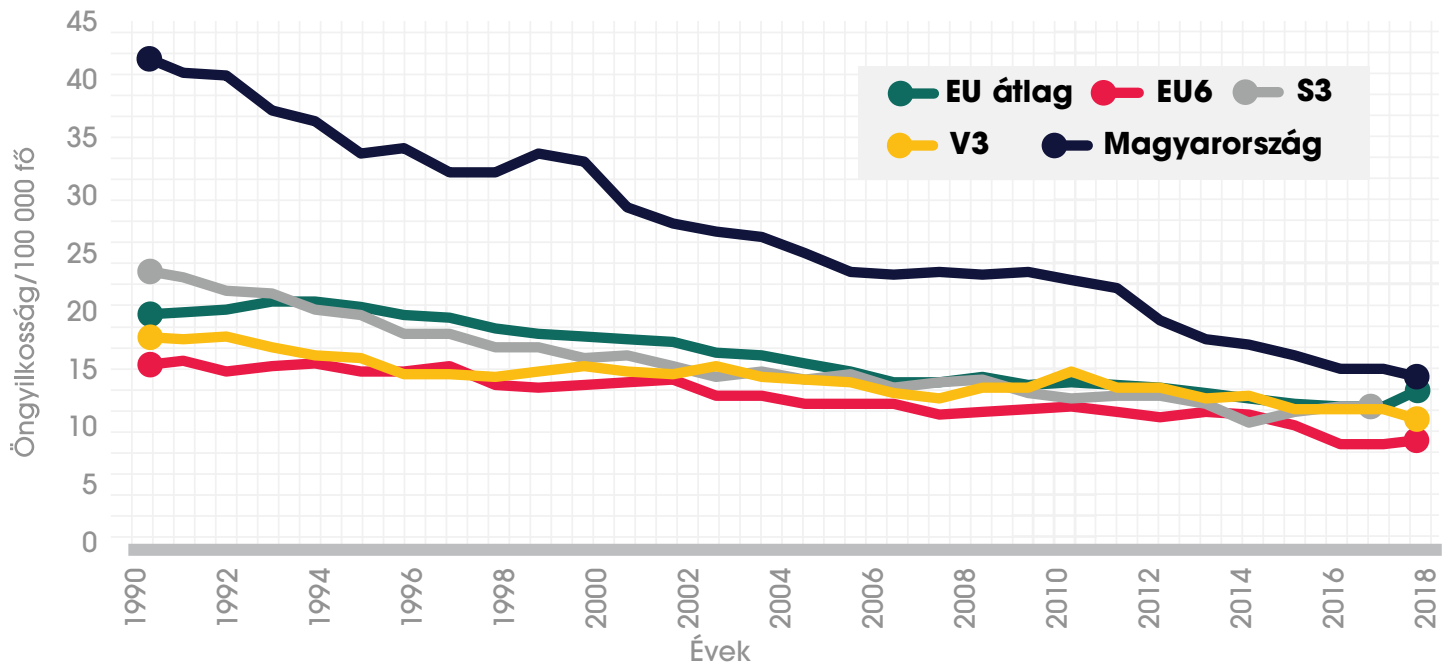
Az öngyilkosságok számának alakulását tekintve a hosszú távú trend egyértelműen csökkenő: bár a rendszerváltáskor kiugróan rossz volt a helyzet Magyarországon, 2019-re nagyjából az EU-átlagot közelítettük – igaz, még így is magasabb a sikeres öngyilkosságok száma hazánkban, mint a referenciaországokban, ráadásul **a koronavírus-járvány ideiglenesen megakasztotta a csökkenést** (17. ábra).²³ A Covidal összefüggésben 2019-hez képest 2020-ban 10 százalékponttal növekedett a sikeres öngyilkosságok száma.²⁴

²¹ Saját számítás a WHO adatai alapján: WHO, 2018.

²² WHO, 2018: 49.

²³ KSH, 2020b.

²⁴ Tóth et al., 2021: 112.



17. ábra: Öngyilkossági ráta Magyarországon és a referenciaországokban 100 000 főre vetítve, 1990–2019. Forrás: OECD, 2020e.

Az elérhető adatok alapján **nemzetközi összehasonlításban nem állunk rosszul a krónikus depresszió elterjedtségében:** míg az Európai Unióban átlagosan 7,2, Magyarországon 4 százaléknyan számolnak be arról, hogy krónikus depresszióban szenvednek, amivel tizedikek vagyunk a 27 tagállam közül (18. ábra).²⁵ Ezt az adatot annyiban érdemes óvatosan kezelni, hogy a tünetegyüttes nagyfokú stigmatizációja miatt hazánkban a látencia (vagyis hogy az emberek nem fordulnak szakemberhez a tüneteikkel, így

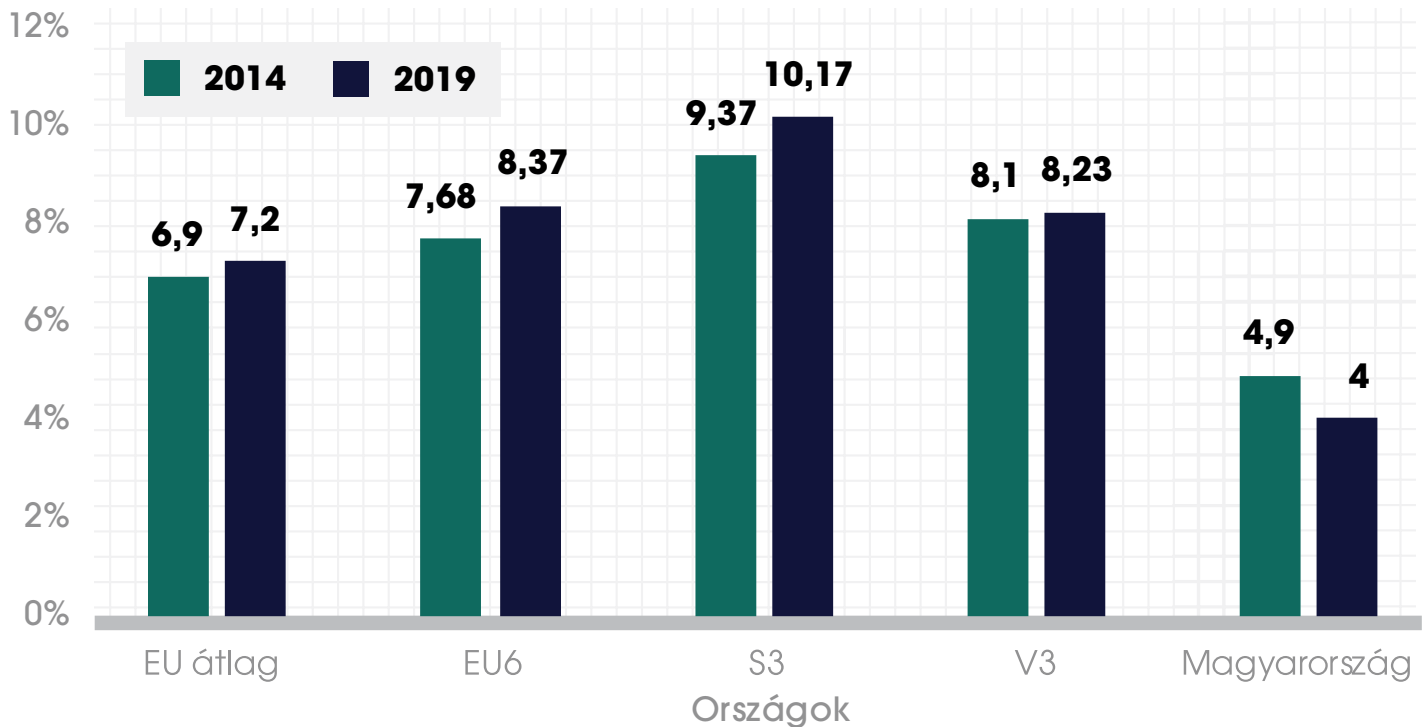
a problémájuk diagnosztizálatlan marad) számottevően torzítja az adatokat: hazai kutatások 16 és 53 százalék közé teszik a diagnosztizálatlan esetek arányát.²⁶ **Egy kifejezetten Magyarországgal foglalkozó tanulmány éves szinten 700 ezres betegszámot becsül, ami majdnem megegyezik az EU-s átlaggal.**²⁷ Ezen esetben is beszédesebb a probléma társadalmi vonatkozása: **a krónikus depresszióknak leginkább kitett csoport a munkanélkülieké, akik közül majdnem minden ötödik érintett.**²⁸

²⁵ Eurostat, 2021a.

²⁶ Rihmer et al., 2021: 28.

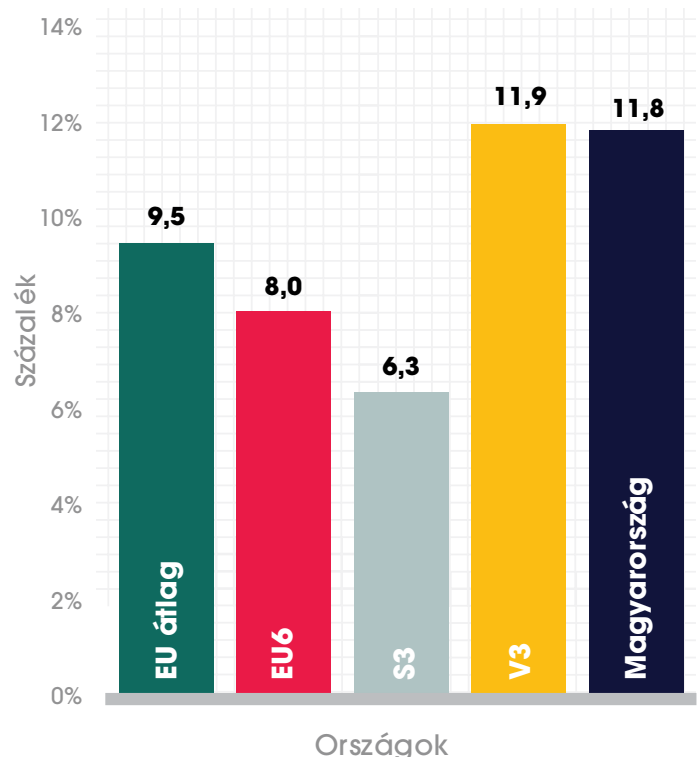
²⁷ Rihmer et al., i. m.: 25.

²⁸ Tóth et al., i. m.: 113–114. Fontos megjegyezni, hogy bár a témában ez a legfrissebb és legrészletesebb elérhető kutatás, a 2021-es Hungarostudy csak a 18 és 29 év közöttiek körében vizsgálta a probléma elterjedtségét.

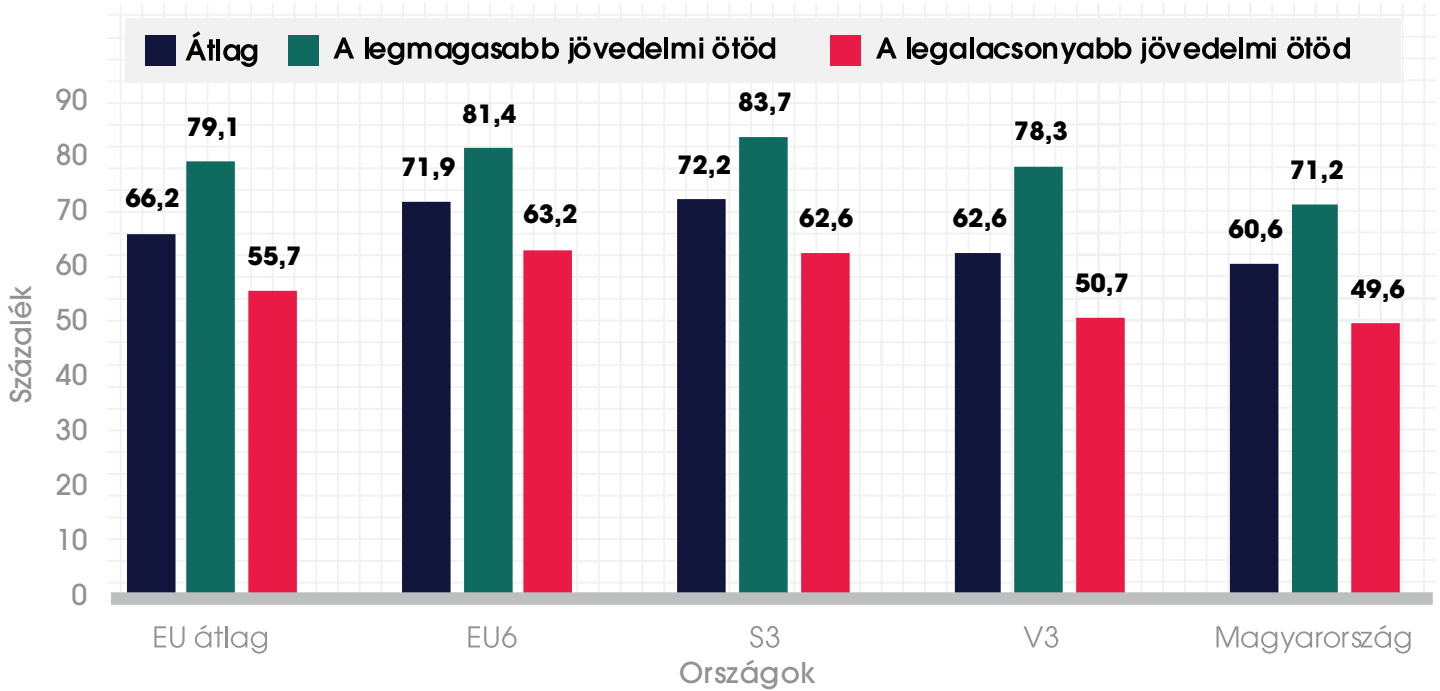


18. ábra: A krónikus depresszióban szenvedők aránya a teljes népességen belül 2014-ben és 2019-ben (százalék).
Forrás: Eurostat, 2021a

Az egészségi állapotra, életmódra vonatkozó mutatók aggasztó helyzetének ugyanakkor nem csak statisztikai jelentősége van. Maguk az emberek sem értékelik jól az egészségüket: Magyarországon a felnőtt népesség 12 százaléka ítéli rossznak vagy nagyon rossznak a saját egészségi állapotát (19. ábra). Ugyanakkor a többi visegrádi országban az emberek a magyarokhoz hasonló arányban értékelik negatívan az egészségüket.



19. ábra: A saját egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak megítélő felnőttek aránya, százalék, 2017. Forrás: OECD, 2019



20. ábra: A saját egészségi állapotukat jónak vagy nagyon jónak megítélő felnőttek aránya jövedelmi ötödök szerint, 2017. Forrás: OECD, 2019

A szubjektív egészségi állapotot jelentősen befolyásolja a jövedelmi helyzet: a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozók közül több mint 20 százalékpontnyival többen ítélik jónak

vagy nagyon jónak a saját egészségi állapotukat, mint a legalacsonyabb jövedelmi ötödhöz tartozók (20. ábra).

3. BETEGSÉGÜGY HELYETT EGÉSZSÉGÜGYET! - HOGYAN LESZ JÓL MŰKÖDŐ NÉPEGÉSZSÉGÜGYÜNK?

Láthattuk, hogy az adatok egyértelműen kijelölik a legfontosabb megbetegedési és halálozási okokat, amelyek egyúttal hétköznapi elégedettségünk szintjére és életlehetőségeinkre is hatással vannak. **Egészségtelenül táplálkozunk, és keveset mozgunk, túl sokan dohányzunk (ezt pedig túl fiatalon kezdjük el), és túl sokat iszunk, miközben függőségeinkkel és egyéb lelki terheinkkel nem akarunk vagy nem tudunk megfelelően foglalkozni. Ezek a problémák pedig különösen a szegényeket, az iskolázatlanokat, illetve az ország hátrányos helyzetű területein élőket sújtják.** Az ő esetükben gyakran ráadásul nem csupán az egészségmegőrzéshez szükséges anyagi források és információk nem állnak rendelkezésre, de a megbetegedés esetén elérhető, megfelelő minőségű és mennyiségű ellátó kapacitás sem. Egyenlő minőségű és mindenki számára elérhető ellátórendszerre természetesen szükség van. Ugyanakkor az emberek életminősége, a költséghatékonyság és az eredményesség szempontjából is **az a legjobb megoldás, ha erőfeszítéseinket az egészségügyi problémák kialakulásának megelőzésére összpontosítjuk.** Ezért ahhoz, hogy Európa egyik legegészségtelenebb nemzetéből a legegészségesebbek (és így a legelégedettebbek, legproduktívabbak) közé juthassunk, a legfontosabb feladatunk, hogy jól működő népegészségügyi rendszert hozzunk létre.

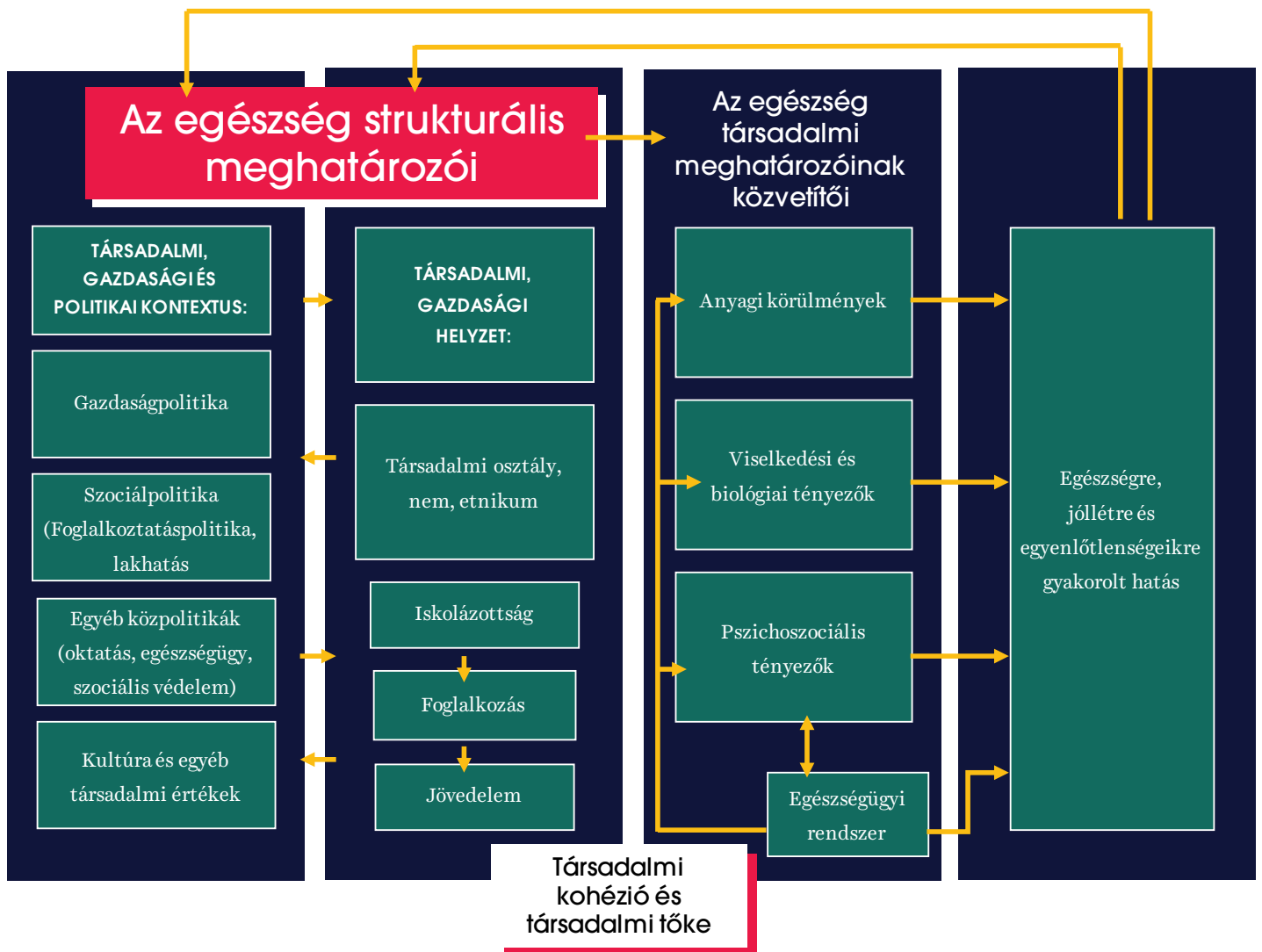
A népegészségügy azon intézményi tevékenységek összessége, amelyek célja a lakosság egészségi állapotának javítása, illetve a betegségek kialakulásának megelőzése, valamint a már meglévő betegségterhek lehetőség szerinti csökkentése. Az alábbiakban azokat a fontosabb elvi és szervezeti elemeket fogjuk áttekinteni, amelyek elengedhetetlenül szükségesek ennek a rendszernek a hazai megújításához és a magyarok egészségi állapotának javításához. Egy korszerű, hatékony népegészségügyi rendszer megalapozásához alapvető szemléletváltásra van szükségünk, amely a végrehajtandó szakpolitikai változások irányát és tartalmát is meghatározza.

A népegészségügy azon intézményi tevékenységek összessége, amelyek célja a lakosság egészségi állapotának javítása, illetve a betegségek kialakulásának megelőzése, valamint a már meglévő betegségterhek lehetőség szerinti csökkentése.

3.1. AZ EGÉSZSÉG TÁRSADALMILAG MEGHATÁROZOTT

Ma már világszerte elfogadott szakmai kiindulópont, hogy az egészségi állapotot elsősorban a társadalmi státus határozza meg, így az emberek egészségmutatóinak javítása is csak az okok átfogó kezelésével érhető el. Ennek fel- és elismerése nélkül a népegészségügy megújítása is elképzelhetetlen.


A WHO közel másfél évtizede összegezte az egészség társadalmi meghatározóinak keretrendszerét (*social determinants of health*) (21. ábra). Ez is azt támasztja alá, hogy az egészségre társadalmilag beágyazott jelenségként kell tekintenünk: társadalmi, gazdasági és politikai mechanizmusok sora határozza meg az egyén gazdasági-társadalmi helyzetét, ez pedig úgynevezett közvetítőkön (*intermedierek*) keresztül hat az egészségi állapotra.





21. ábra: Az egészség társadalmi meghatározói. Forrás: WHO²⁹

²⁹ WHO, 2010: 9

Azt, hogy az egyén társadalmi helyzete (a jövedelme, az iskolázottsága, a foglalkoztatása vagy éppen a neme) milyen mértékben határozza meg az életmódját, illetve hogy sikerül-e kiegyenlíteni a szociális helyzetből adódó esetleges hátrányokat, elsősorban a szakpolitikán múlik: a gazdaságpolitikán, a szociálpolitikán, az oktatáson, az egészségügyön, a szociális háló erősségén, illetve a politikán túltekintve a tágabb értelemben vett társadalmi-kulturális értékrendszeren. Ezeket a rendszerszintű tényezőket, illetve a társadalmi-gazdasági helyzetet együtt **strukturális meghatározóknak** nevezzük. A strukturális meghatározók úgynevezett közvetítő meghatározókon keresztül hatnak az egészségi állapotra és egyenlőtlenségeire. Ezek a közvetítők lehetnek:

 **Fizikai körülmények:** például a lakhatási és munkakörülmények, az élelmiszerekhez való hozzáférés


 **Viselkedési és biológiai tényezők:** például a táplálkozás, a testmozgás, a dohányzási és alkoholfogyasztási szokások, az egyén genetikai meghatározottságai


 **Pszichoszociális tényezők:** például a stresszes életkörülmények és kapcsolatok, a szociális támogatás és az egyéni megküzdési módok

A WHO keretrendszere magát az egészségügyi rendszert is közvetítőként tartja számon,³⁰ amelynek szerepe elsősorban a hozzáférés szempontjából jelentős. Némileg


leegyszerűsítve: az egészségi állapot a jéghegy csúcsa, amelyben a társadalmi meghatározók láthatóvá válnak, és amelyet leginkább mélyrehatóan a társadalmi-gazdasági berendezkedésre irányuló beavatkozások útján lehetséges befolyásolni.


Az egészség társadalmi meghatározói mérhetően és bizonyítottan hatnak az egészségi állapotra, így a megbetegedések arányára és a korai halálozásra, a várható átlagos élettartamra és az egészségben leélt életevek számára. Az egészségi állapotot és így a korai halálozást a következő, egymással is szorosan összefüggő tényezők befolyásolják:

 30 százalékban genetikai meghatározottságok

 10 százalékban az egészségügyi rendszer

 5 százalékban környezeti hatások

 40 százalékban életmódbeli tényezők

 15 százalékban társadalmi tényezők³¹

Jól látható, hogy a fenti meghatározó tényezők közül egyedül a genetikaiak tekinthetők társadalmilag befolyásolhatatlannak; kétharmadrészt olyan körülményekről beszélünk, amelyekre tudatos és jól tervezett szakpolitikákkal tudunk hatni.

I 3.2. AZ EGÉSZSÉG MINT TŐKE

Az egészségi állapotban fennálló társadalmi szintű egyenlőtlenség komoly probléma Magyarországon, ami az idő előrehaladtával várhatóan egyre fokozódó politikai feszültséget és társadalmi elégedetlenséget szül. Rossz

egészségi állapotban lévő honfitársaink betegségterhe az egészségüket is befolyásolja. A társadalom jó egészségi állapota részben tehermentesítené az egészségügyi rendszert. A megelőzés és a népegészségügyi programok

³⁰ WHO, 2010: 8-11.

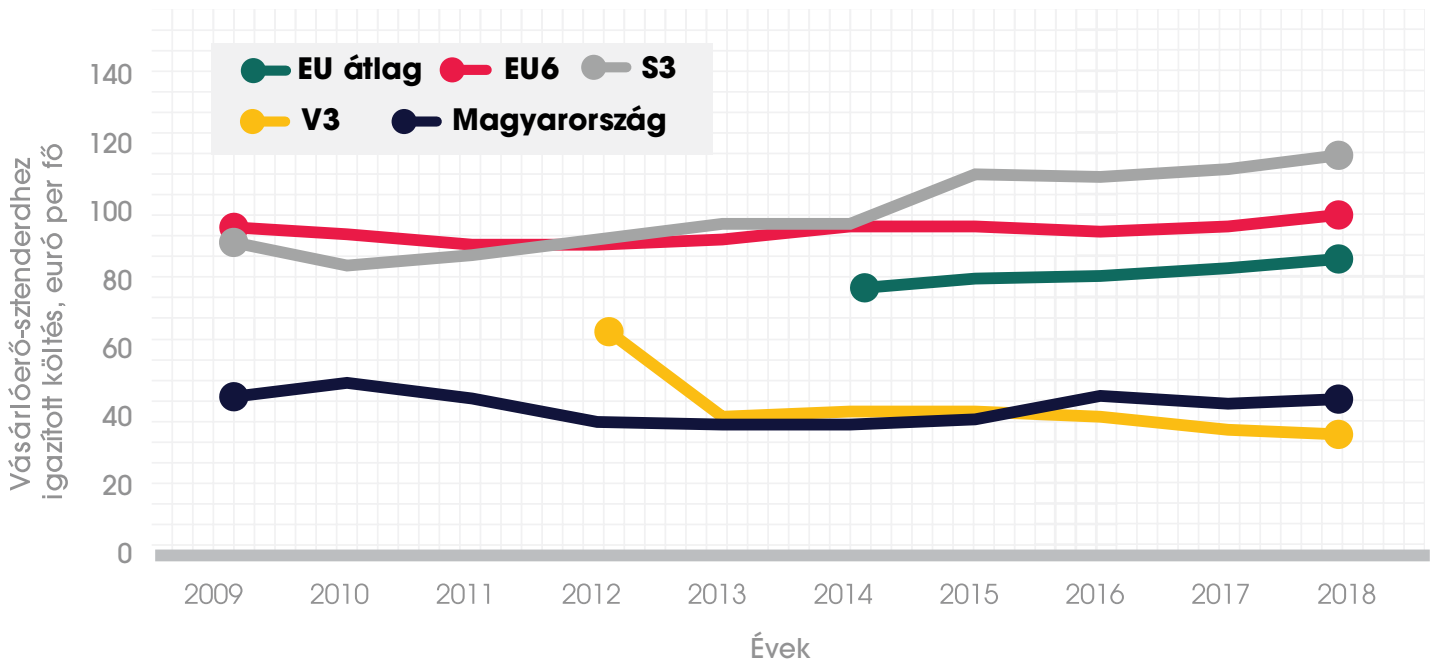
³¹ Schroeder, 2007.

előtérbe helyezése a kiadások szempontjából is kedvezőbb, mint a már megbetegedett emberek gyógyítása.³²

Számos érv szól tehát amellett, hogy az egészséget tőkeként, a ráfordítások (és különösen a prevenciós célú kiadások) növelését pedig hosszú távon sokszorosan megtérülő befektetésként kezeljük. Ehhez képest **Magyarország ma összességében jóval az EU-s átlag (9,92 százalék) alatt, mindössze a GDP-je 6,7 százalékát fordítja az egészségügyre, ami a harmadik legkevesebb az Unióban.³³** Épp ezért annak ellenére, hogy Magyarország az összes egészségügyi kiadásán belül európai összehasonlításban az átlagnál nagyobb arányban költ megelőzésre, az egy főre jutó prevenciós kiadásokat tekintve ez valójában már csak az EU-s átlag kevesebb mint egyharmadát jelenti (22. ábra).

Ez nemcsak hazánkban, hanem a teljes régióban probléma: a többi visegrádi ország költési átlaga Magyarországhoz hasonlóan alacsony.

A megelőzés és a népegészségügyi programok előtérbe helyezése a kiadások szempontjából is kedvezőbb, mint a már megbetegedett emberek gyógyítása.



22. ábra: A prevenciós célokra fordított kiadások a referenciaországokban és Magyarországon, 2009–2018. Forrás: Eurostat, 2021b

Vagyis a probléma nem a prevencióra fordított kiadások arányával, hanem abszolút értékével van: azzal, hogy összességében túl keveset költünk az egészségügyre, ennek az alacsony összegnek pedig a nagyobb hányada is

túl kevés a végső egyenlegben. Ha az egészséget tőkének, az egészségjavítását pedig hosszú távú stratégiai befektetésnek tekintjük, az uniós átlaghoz kell közelítenünk GDP-arányos egészségügyi ráfordításainkat.

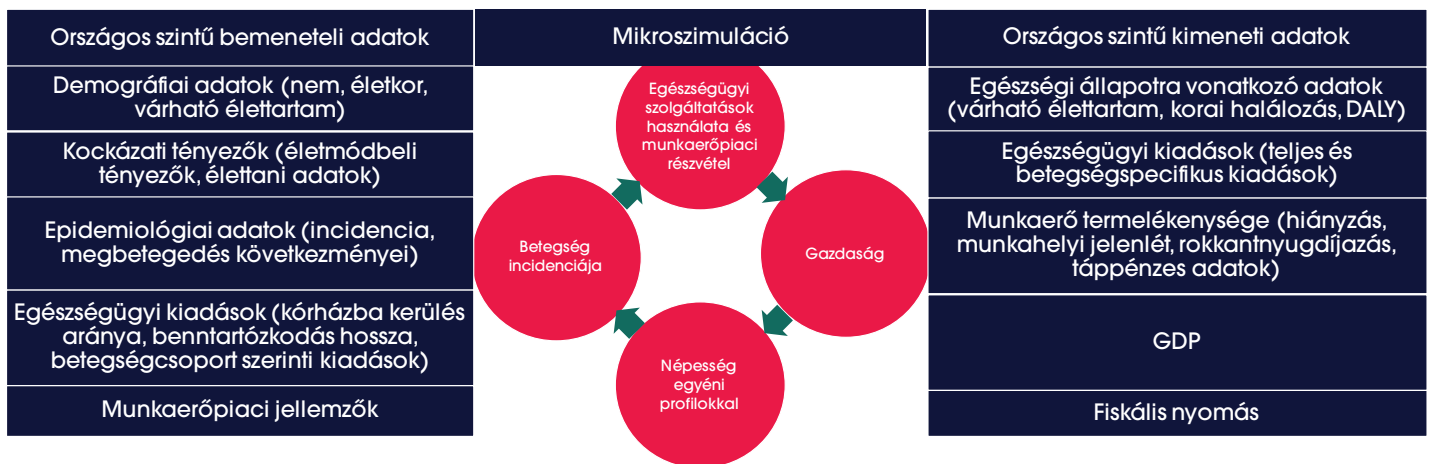
³² Australian Government, Department of Health: Draft National Preventive Health Strategy 2021–2030 31.

³³ Eurostat, 2021b.

I 3.3. EGÉSZSÉGET MINDEN SZAKPOLITIKÁBA!

Ha elfogadjuk az egészségügy társadalmi meghatározottságának adottságát, az egészség mint tőke elvnek minden szakpolitikai beavatkozást át kell hatnia, az oktatástól a szociálpolitikán vagy a fejlesztéspolitikán át a lakáspolitikáig. Ez a nemzetközi tervezési dokumentumokban³⁴ automatizmusként használt keret sajnos a mai napig sem számít magától értetődőnek a magyar szakpolitikai gondolkodásban. Ennek megváltoztatásához nyújt segítséget az **OECD által kifejlesztett Stratégiai Tervezés a Népegészségügyben (Strategic Public Health Planning – SPHeP)** elnevezésű

módszer, amely épp arra szolgál, hogy számszerűsítse az egy-egy szakpolitikai beavatkozás következtében az egészségi állapotban, valamint a gazdaságban bekövetkező hatásokat. Vagyis lehetővé teszi, hogy az adott betegséggel összefüggő demográfiai, epidemiológiai, kockázati tényezőkre vonatkozó, illetve az egészségügyi kiadási és munkaerőpiaci adatokból megbecsülje, hogy egy adott beavatkozás hogyan fog hatni az egészségi állapot változásaira, az egészségügyi kiadásokra, a munkaerő termelékenységére, illetve a GDP változására és a költségvetésre (23. ábra).



23. ábra: Az SPHeP modell bemeneti és kimeneti tényezői. Forrás: OECD³⁵

Az ilyen típusú modellezéshez rengeteg adatra, ehhez pedig fejlett és naprakész egészségmonitorozásra van szükség, valamint a digitális forradalomban és az adatfeldolgozási technikákban bekövetkezett fejlődésben rejlő lehetőségek kihasználására. Az SPHeP használata ugyanakkor egyszerre segíti az informált döntéshozatalt, valamint az egészségpolitikai és a pénzügypolitikai szemlélet összhangját, ezáltal pedig nagyobb teret és legitimitást ad a megelőzésre szánt kiadásoknak.

Magyarországon a 2019-ben létrehozott Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR) korszerű, helyes irányban elindult kezdeményezés volt a monitorozás terén, a benne rejlő lehetőségeket azonban távolról sem

használtuk ki. Ennek vagy egy hasonló, **integrált és a kutatók számára szabadon kereshető információs rendszernek az alkalmazása segíthetné a tervezési folyamatnak ezt a fázisát, egyetlen adatbázisban tartalmazva a releváns, területileg differenciált népegészségügyi mutatókat, illetve alkalmat adva azok folyamatos bővítésére.** Erre már csak azért is szükség lenne, mert jelenleg sokszor csupán anekdotikus tudással rendelkezünk alapvető tényezőkről, illetve a szükséges adatok sokszor csak több adatbázis együttes használatával hozzáférhetők. Emellett **országos és helyi szinten is átláthatóan kellene szabályozni a hozzáférést a népegészségügy szereplői számára** annak érdekében, hogy a rendszert minél szélesebb körben alkalmazzák.

³⁴ Public Health England: PHE Strategy, 2021–2025: 10.

³⁵ OECD 2020, 3. ábra.

Egészség minden politikában – nemzetközi jó gyakorlatok³⁶

A levegő minőségének javítása Párizsban

Aváros légszennyezettségének csökkentése érdekében Párizs vezetése 2001-ben hirdette meg a szennyező közlekedési módok radikális visszaszorítását, majd 2007-es klímatervében a közlekedési kibocsátások 60 százalékos csökkentését tűzte ki célul 2020-ra. Ennek keretében egyebek mellett csökkentették a városon belüli sebességhatárokat, megkönnyítették a gyaloglást, több száz kilométernyi biciklit utat építettek, illetve alacsony kibocsátású zónákat jelöltek ki a

városon belül, ahonnan kitiltották a legszennyezőbb járműveket. Mindezek hatására már 2014-re a nitrogén-oxidok és a szén-dioxid átlagos szintje 50%-kal csökkent 2001-hez képest, nőtt az aktív közlekedés, és csökkent a gépkocsihasználat. 2009-re megduplázódott a kerékpáros utazások száma, és az éves metrótutak száma 16%-kal nőtt. Egyetlen új villamosvonal 50%-kal csökkentette a személygépkocsi-használatot az adott területen.

Az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférés javítása Pennsylvániában

A magas munkanélküliséggel terhelt közösségekben a szupermarketek számának növelését célzó kezdeményezés felfrissítette a helyi foglalkoztatást és vállalkozásokat, bár a gyenge nyomon követés miatt nehéz volt mérni a helyi népesség táplálkozásának egészségre gyakorolt hatásait. A Pennsylvania állam kormánya (finanszírozó), a Food Trust (NGO), a Reinvestment Fund (finanszírozó) és az Urban Affairs Coalition (NGO) együttműködésében megvalósult projekt a következő célokat szolgálta: az egészséges

élelmiszerek biztosítása; a szupermarketek előtt álló pénzügyi és egyéb akadályok megszüntetése, hogy a hátrányos helyzetű közösségekben is működhessenek; megélhetést biztosító munkahelyek létrehozása; képzett munkaerő felkészítése és helyben tartása. A program segítségével több mint 5000 munkahelyet teremtettek vagy tartottak meg, a hátrányos helyzetű városrészekben lévő üzletek bevételei pedig jelentősen növekedtek. Több mint 400 000 lakost sikerült egészséges élelmiszerhez juttatni.

1. szövegdoz

³⁶ Mindkét ismertetett példa forrása: Greszczuk, 2019.

I 3.4. MIT JELENT A PREVENCIÓ A NÉPEGÉSZSÉGÜGYBEN? – A LEHETŐ LEGNAGYOBB HATÁS ELVE ÉS A BIZONYÍTÉKALAPÚ TERVEZÉS

A WHO megfogalmazása szerint prevenciónak nevezzük azokat a kezdeményezéseket és tevékenységeket, amelyek célja, hogy csökkentsék a megbetegedés kockázatát, megszakítsák vagy lassítsák a megbetegedés folyamatát, illetve csökkentsék az egészségkárosodást (rokkantságot/fogyatékossgot).³⁷ A megelőzés általános fogalmán belül további szinteket különböztethetünk meg: az úgynevezett Népegészségügy 3.0 a prevenció tevékenységek többszintű modelljén alapul, amely elkülöníti egymástól a hagyományos orvosi megelőzést, a rendelőn kívüli orvosi megelőzést és a populációs vagy közösségi szintű megelőzést. A Népegészségügy 3.0 elsősorban a közösségi szintű megelőzésre fókuszál: vagyis azokra az intézkedésekre, amelyek az egyéni részvétel mellett a közösségre, illetve a közösségi élet tereire fókuszálnak, figyelembe véve az egészség társadalmi meghatározottságát.

Az ausztrál Draft National Preventive Strategy 2021–2030 például ötszintű megelőzésfogalommal dolgozik:

00 ALAPVETŐ MEGELŐZÉS

Alapvető megelőzésnek nevezi azokat a tevékenységeket, amelyek az egészség társadalmi meghatározóit célozzák szélesebb körben: ilyenek például a levegő és az ivóvíz tisztaságára, a társadalmi-gazdasági státusra, az egészséges környezetre irányuló szakpolitikai kezdeményezések.

01 PRIMER PREVENCIÓ

A primer prevenció életmódbeli tényezőket, immunizációt céloz, vagyis az intermedierek befolyásolásával azokat a kockázatokat kívánja csökkenteni, amelyek a betegséget okozzák.

02 SZEKUNDER PREVENCIÓ

A szekunder prevenció a betegségek korai felismerésére és megfelelő menedzselésre koncentrál, az egészségi állapot romlása és a tartós egészségkárosodás elkerülése érdekében.

03 TERCIER PREVENCIÓ

A terciér prevenció a már betegségben szenvedő egyének állapotának stabilizálását és a további romlás megakadályozását tűzi ki célul.

04 NEGYEDIK SZINTŰ MEGELŐZÉS

A negyedik szintű megelőzés az orvosi beavatkozások következtében felmerülő egészségkárosodást próbálja csökkenteni és kezelni.³⁸

³⁷ Australian Government, Department of Health 2021: 19.




³⁸ Uo.

A magyar népegészségügy megújítása során ezek közül főként az első kettőre, vagyis az alapvető, illetve a primer prevencióra kell fókuszálni. Ez azt jelenti, hogy elsősorban az egészség társadalmi és életmódbeli tényezőit célzó, a teljes népességet érintő szakpolitikai beavatkozásokra van szükség, annak érdekében, hogy a megbetegedések

számottevő része egyáltalán ki se alakulhasson. A Népegészségügy 3.0. megközelítés alkalmazása mellett ugyanakkor megkerülhetetlen a szekunder prevenció is, azaz a népegészségügyi szűrések és az immunizációra vonatkozó gyakorlatok fenntartása, illetve erősítése.

I 3.5. A LEHETŐ LEGNAGYOBB HATÁS ELVE ÉS AZ ADATALAPÚ NÉPEGÉSZSÉGÜGY

De honnan tudhatjuk, hogy egy népegészségügyi beavatkozás hatásos? Létezik erre bizonyíték? A népegészségügyi programok által elérendő *lehető legnagyobb hatás* kérdése összefügg egy másik, általánosan alkalmazandó elvvel: *a bizonyítékon alapuló megelőzési programok alkalmazásának szükségességével*. A bizonyítékon alapuló népegészségügy nemzetközileg elterjedt elv. Az USA népegészségügyi programja például az „Egészség hatás 5 éven belül” (*Health Impact in 5 years*) elnevezésű kritériumrendszerben írja le, milyen programokat fogad be a népegészségügyi szakpolitikájába. A feltételek között szerepel, hogy

-  az adott beavatkozásnak a teljes populációra ki kell hatnia
-  bizonyíthatóan és öt éven belül eredményt kell hoznia
-  költséghatékonynak vagy költségmegtakarítást eredményezőnek kell bizonyulnia.

A második kritériumot illetően **bizonyítéknak tekinthető bármilyen olyan, módszertanilag megalapozott tudományos vizsgálat, amely valamilyen beavatkozás hatásait értékeli**: legyen szó szakmai testületektől származó publikációról a hatásosságra vonatkozóan, a beavatkozás el nem bíralt értékelését tartalmazó publikációról vagy a beavatkozás hatásosságáról szóló szisztematikus

szakirodalmi áttekintést (metaanalízist) tartalmazó tanulmányról.³⁹

A bizonyítékon alapuló népegészségügy kérdésköréhez hozzátartozik a tudományos eredmények szakpolitikai „lefordításának” problémája is – vagyis az, hogy áthidalhatóvá válják a tudományos kutatás és a politikai gyakorlat közötti szakadék. A népegészségügyi szakpolitika alkotóinak intézményes, tervszerű keretek között kell együttműködniük a kutatókkal annak érdekében, hogy a népegészségügyi beavatkozások a legkorszerűbb tudásra épülhessenek. Ennek az együttműködésnek a kutatások megrendelésétől kezdve a kísérleti projektek lebonyolításán keresztül a tényleges szakpolitika-alkotásig kell terjednie. Különösen fontos azoknak a szakembereknek az intézményesített szerepe, akik **célzottan a tudományos felismerések „lefordításával” foglalkoznak, vagyis azzal, hogy az új kutatási eredmények a döntéshozók számára hozzáférhetővé, illetve szakpolitikai szempontból értelmezhetővé válhassanak.**⁴⁰ Példaértékű ebből a szempontból az ausztrál népegészségügyi programalkotás menete, ahol komoly állami apparátus dolgozza fel a vonatkozó kutatási eredményeket, a politika pedig aktív kapcsolatot ápol a különböző kutatói hálózatokkal.⁴¹

A **lehető legnagyobb hatás elérése szempontjából lényeges kérdés, hogy az adott népegészségügyi tevékenység a népesség mely csoportjaira irányul.** Így

³⁹ CDC, 2016.

⁴⁰ Martin et al, 2019.

⁴¹ Australian Government, Department of Health, 2021.

megkülönböztethetünk a teljes népességet célzó (például: ételmiszerek só- és cukortartalmának csökkentése), bizonyos fokozott kockázat miatt egyes célcsoportokra irányított (például: 45–65 éves nőkszervezett mammográfiai szűrése), illetve kiemelten magas rizikócsoporthoz tartozó, vagy hátrányos helyzetű csoportoknak (például: droghasználóknak vagy hajléktalanoknak) szóló prevenció programokat.⁴²

A megelőzési programok közötti választás tekintetében, a célcsoport nagyságával összefüggésben érdemes szót ejteni az úgynevezett **prevenció paradoxonról**. Ez azt a tapasztalatot jelöli, amely szerint **a betegségteher jelentős része nem a magas kockázatúak csoportjában keletkezik, hanem a közepes és alacsony kockázatúakéban**. Ennek oka egyszerűen az utóbbi két csoport nagyobb létszámában keresendő. Egy egyszerű példával élve: nyilvánvaló, hogy az alkohollal összefüggő betegségek szempontjából az alkoholfüggők tekinthetők a legmagasabb kockázatú csoportnak a társadalmon belül. Mivel azonban ők a magyar népesség kevesebb mint 10 százalékát alkotják, az alkohollal összefüggő betegségek elsőpró hányada a

nem alkoholfüggők körében jelentkezik, hiszen ők a társadalom több mint kilenctizedét alkotják. Ebben az esetben **az összlakosság szempontjából többet ér az alkoholfogyasztási szokásokban elért akár kismértékű, de az egész társadalomban megmutatózó változás, mint ha célzottan csak az alkoholfüggők alkoholfogyasztásán próbálnánk radikálisabban módosítani**. Vagyis olykor igenis megéri „ágyúval lőni a verébre”: **a közepes és alacsony kockázatú csoportokba tartozók egészségi állapotának javulása a teljes népesség szintjén jelentősebb eredménnyel jár**.⁴³

Mindez egyetlen egyszerű mondatban összefoglalható: **a teljes népesség egészségi állapotának kis mértékű javításával már látványos eredmények érhetők el**. Ez persze nem azt jelenti, hogy kizárólag a populációs szintű beavatkozásoknak van legitimitásuk, sőt nagyon is szükséges az eltérő szintű beavatkozások egymást kiegészítő alkalmazása.⁴⁴

I 3.6. HOGYAN VÁLTOZTATHATÓ MEG AZ EGYÉNI EGÉSZSÉGMAGATARTÁS?

A népegészségügyi programok sikeressége szempontjából a magatartástudományok alaptételeinek és eredményeinek ismerete a nemzetközi tendenciák tükrében a magyar szakpolitika megalkotásakor is elengedhetetlen. Több ország egészséggel kapcsolatos szakpolitikájának tervezésekor már alkalmazzák ezt a tudást. Ezek közül Nagy-Britannia példája kiemelkedő, ahol évtizedes múltja van az egyéni és társadalmi szintű magatartás vizsgálatának a sikeres egészségpolitika-alkotás érdekében. Több koncepció is napvilágot látott ezen a területen, ezek közül az alábbiakban a *Behaviour Change Wheel* (BCW) koncepció egyes elemeit mutatjuk be, illetve az Egyesült Királyságban jelenleg hangsúlyosan alkalmazott, a viselkedési közgazdaságtan által bevezetett

nudge-szemlélet népegészségügyi vonatkozásaira térünk ki – ott 2010 óta külön szervezet, a Behavioural Insights Team (Nudge Unit) foglalkozik ezzel.

Az BCW-elmélet kiindulópontja, hogy a magatartás változásához egyszerre három elem megléte szükséges: **a képesség, a lehetőség és a motiváció** – az angol rövidítés alapján ezt hívják COM-B rendszernek. A képesség az egyén pszichológiai és fizikai kapacitását jelenti arra, hogy elköteleződjön az adott tevékenységgel kapcsolatban. Ez a szükséges ismeretek és képességek ismeretét feltételezi. A magatartáselemeket mint belső keretet körülveszi kilenc lehetséges beavatkozás-típus, illetve hét szakpolitika-típus.

⁴² Australian Government, Department of Health i. m.: 20.

⁴³ Vokó, 2020; Rose, 1985: 432.

⁴⁴ Járomi, Kimmel, 2017. 20. o.

A BCW alapján a beavatkozások fajtái a következők lehetnek: **edukáció, ösztönzés, meggyőzés, képessé tétel, képzés, korlátozás, kényszerítés, a környezet átalakítása, mintaadás.** A BCW-modell meghatározza, hogy az egyes beavatkozási módok a viselkedés mely elemeire képesek hatni. **A szakpolitikai módszerek az alábbiak lehetnek: kommunikáció, irányelv, pénzügyi eszközök, szabályozás, jogi eszközök, szolgáltatásnyújtás.**

Ezek esetében a modell felvázolja, milyen szakpolitikai eszközök milyen beavatkozásokat tartalmazhatnak.




A jövőben a magyar népegészségügyi szakpolitika megalkotásakor, de annak végrehajtásakor, az egyes beavatkozások tervezésekor is a BCW-modell segítségével kell elemezni, hogy az adott népegészségügyi intervenció miként képes befolyásolni az egyén magatartását. Jelenleg Magyarországon nem működik olyan szakmai műhely, amely ezzel a feladattal foglalkozna; ezt feltétlenül ki kell alakítani, akár a népegészségügyi intézményrendszeren belül (a megújított és megerősített Nemzeti Népegészségügyi Központ kötelékében), akár kutatói együttműködés keretében.

A másik jelentős elmélet, amely alapján fejlett népegészségüggyel rendelkező országokban már számos szakpolitikai beavatkozást terveztek és valósítottak meg, a viselkedési közgazdaságtan *nudge*-teóriája. A *nudge*-ok (lökések, apró ösztönzések) segítségével a viselkedés úgy befolyásolható, hogy közben nem szűkítik az egyén választási szabadságát – és épp ezért a gondoskodó államban, illetve az inkább az önkorlátozó államban és az egyéni felelősség elsődlegességében hívóknak egyaránt elfogadható megoldásokat kínál.

A *nudge* lényegében mesterségesen, szakpolitikai szinten kialakított ösztönző, amely a kívánatos viselkedési minta követésére sarkallja az adott egyént. Az elmélet a pszichológia azon felismerésére épít, hogy **a magatartásunk nagyon korlátozottan racionális:** a tudatos kalkuláció mellett különféle kognitív torzulások, ad hoc jellegű szubjektív benyomások vagy éppen a környezet

impulzusai is döntően meghatározhatnak létfontosságú döntéseket. Így például a különböző választási lehetőségek közül hajlamosak vagyunk ragaszkodni a status quo-hoz mint ismert, jól bevált opcióhoz (akkor is, ha racionális kalkuláció alapján rosszabbul jövünk ki belőle), a hosszú távon megtérülő befektetések helyett pedig előnyben részesítjük a kisebb, de gyorsabb haszonnal járó döntéseket. Megvesszük az egészségre káros cukorkát, mert épp szemmagasságban helyezték el a bolt pénztáránál, de legalábbis tartózkodnánk ettől, ha ugyanazon a helyen nem cukorkát, hanem gyümölcsöt találnánk. Jóváhagyjuk az alapértelmezett online szerződési feltételeket, függetlenül a tartalmuktól, egyszerűen azért, mert ösztönösen jobban bízunk a készen felkínált lehetőségekben.

A nudge-okat számos szakpolitika területén hatásos eszköznek tartják a magatartás megváltoztatására és a kimenetek befolyásolására, miközben az alkalmazásuk általában igen alacsony költségekkel jár. Egyszerű, nem szabályozási jellegű, illetve nem kiadással járó ösztönzők ezek, amelyek az egyénre hatnak és elsődlegesen népegészségügy/alapellátás területén alkalmazhatók; például emlékeztetők, a mondandó keretezése, az átadni kívánt információ szerkesztése, alapértelmezett választási lehetőség megváltoztatása, auditálási eszközök tartoznak ide. Alkalmazásuk többek között az alábbi területeken, több országban is látványos eredményeket hozott (lásd a 2. szövegdobozt):

-  gyógyszereszedésre vonatkozó előírások betartásának növelése, elsősorban krónikus betegségek esetén
-  a megbeszélte orvosi időpontokon való megjelenési hajlandóság növelése
-  szűrőprogramokon való részvétel növelése⁴⁵

Itt az ideje, hogy a viselkedési közgazdaságtan felismeréseit és módszereit a magyar népegészségügyi programokban is alkalmazzuk, elsősorban a szűrőprogramok sikeressége érdekében, de megfelelő előkészítést követően számos más területen is. Minden esetben keresni kell az ilyen jellegű megoldásokat egy program tervezése és végrehajtása során.

⁴⁵ Perry et al, 2015: 6.

Nudge-ok a prevencióban

Fiatalkori öngyilkosság csökkentése Finnországban

A finn fiatalok – és különösen a fiatal férfiak – körében ijesztően magas az öngyilkossági arány a környező skandináv államokhoz képest. Ez összefüggésben áll bizonyos szociális, gazdasági és egészségügyi tényezőkkel, mint a depresszióra való hajlam, az alkoholizmus vagy az alacsony életszínvonal. Emiatt a finn állam az öngyilkossági prevenció stratégiájában kiemelt csoportként kezeli a 15 és 29 év közötti fiatalokat. A hagyományos módszertan (segélyvonal bevezetése, lokális prevenció csoportok

összefogása) mellett megtiltották, hogy a médiában az öngyilkossági híreknél az öngyilkosság módját is közöljék. Emiatt az öngyilkossági ráta 25,8 százalékot esett 2000 és 2011 között, és több mint 50 százalékkal csökkentek a célcsoport körében. Bár az öngyilkossági ráta még mindig kiemelkedően magas Finnországban, a csomag jelentősen csökkentette az öngyilkosságok számát, különösen a legnagyobb kockázatú célcsoport körében.⁴⁶

Hatékony kommunikáció a vastagbélrákszűrések során (Egyesült Királyság)

Bár a szűrés bizonyítottan megelőzi a halálos kimenetelű vastagbélrákot, egy átlagos szűrésen csupán 60 százalékos a részvétel. Abból kiindulva, hogy a viselkedépszichológia szerint általában jobban félünk a veszteségtől, mint amennyire a lehetséges nyereségre vágyunk, ahelyett, hogy a várható nyereségre koncentráltak volna (például: „ha eljössz, hamar észre fogjuk venni, ha vastagbélrákod van”), a szűrés kimaradása esetén várható negatív következményekre helyezték a kommunikáció hangsúlyait („ha nem jössz el, x százalékkal valószínűbb, hogy ha megbetegszel, meghalsz”). A veszteségre koncentrált üzenetek, amelyek arra sarkallják az egyéneket, hogy vegyék

figyelembe a távolmaradás negatív következményeit a vastagbélrák szűrés elmaradása esetén, hatékonyabbnak bizonyultak, mint a nyereségre irányuló üzenetek a szűrővizsgálatokon való részvételi szándék növelésében. Egy másik nudge nyomán a mintavételi eszközhöz nemcsak általános útmutatót, hanem egy személyre szabott, házi orvos által írt levelet is kaptak. A személyre szóló levél egy olyan embertől, akit ismernek, jelentősen növelte a részvételt. Érdeemes megjegyezni, hogy ezek a nudge-ok kis átalakítással minden szűrésre, sőt, szervdonorok adományozási hajlandóságának növelésére is alkalmasak.⁴⁷

Hatékony kommunikáció az alkoholizmusprevencióban (Egyesült Királyság)

Az alkoholizmus hatalmas extra teher a brit államnak – csak 2016/2017-ben 337 000 kórházba kerülési eset történt miatta. Emellett a hagyományos prevenció technikák szinte csak az alkohol súlyosabb, de hosszú távú hatásaival riasztanak, ami miatt általában kevésbé hatékonyak. A Warwicki Egyetem kutatói és a Drinkaware szervezet az alkohol rövid távú

hatásait (kinézet, közérzet változása) kommunikálta, illetve személyre szabott ajánlásokat fogalmazott meg a programban részt vevőknek. Az alkoholizmus kinézetre gyakorolt (és egyéb rövid távú) hatásaira épülő kommunikáció hatékonyabb ösztönzőnek bizonyult, mint a hosszú távú egészségügyi károkkal riasztó kampány.⁴⁸

2. szövegdoz

⁴⁶ OECD, é. n. és OECD, 2019.

⁴⁷ Perry et al, 2015, 18–21.

⁴⁸ Vlaev, 2019.

I 3.7. MIÉRT SZÜKSÉGES BEVONNI AZ EGYÉNT AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBE?

A magatartás befolyásolásával kapcsolatban felmerül egy alapvetően a demokratikus működéshez köthető elv, amelynek a népegészségügyi programok végrehajtása szempontjából is vannak következményei: a részvételiség. A részvételiség az érintettek bevonása a döntéshozatalba, legyen az a szakpolitika tervezése, a beavatkozások végrehajtása vagy értékelése, amely **egyszerre alapozza meg a legitimitást és az eredményességet. Empirikusan bizonyított, hogy az emberek egészségét és általános jóllétét is javítja, ha nagyobb beleszólásuk és befolyásuk van azokra a döntésekre, amelyek hatással vannak rájuk.** A részvételiség ebből a szempontból kulcsfontosságú a népegészségügyi szakpolitika végrehajtásában.⁴⁹ A részvételiség elvének alkalmazása, illetve maga a közösségi egészségfejlesztés koncepciója a társadalmi tőke növekedéséhez is hozzájárulhat: a társadalmi tőke egyes elemei – így például a bizalom, az együttműködési készség – pedig visszahatnak az egészségi állapotra.

Az emberek egészségét és általános jóllétét is javítja, ha nagyobb beleszólásuk és befolyásuk van azokra a döntésekre, amelyek hatással vannak rájuk.

De hogyan érheti el a népegészségügy az egyes embert, amikor társadalmi szintű megelőzést céloz? Ennek a kérdésnek a megválaszolására szolgál a megelőzés és az életút-megközelítés (*life-course approach*). Az úgynevezett életút-megközelítés a megelőzést az emberi élet egyes szakaszaihoz köti: alaptétele, hogy a prevenciónak a teljes életúton keresztül, illetve annak lényeges elágazásainál az adott szakasz sajátosságaihoz kell igazodnia. Az életútnak a megelőzés szempontjából alapvető szakaszait mutatja be a 24. ábra.



24. ábra: Az életút-megközelítés elemei⁵⁰

Az életút-megközelítés az úgynevezett funkcionális képesség és a lényeges/belső képesség fogalmával dolgozik. Utóbbi azokra a készségekre, képességekre utal, amelyekkel születünk; ezeket támogató környezeti és társadalmi tényezők fokozhatják. **Az életút-megközelítés ennek megteremtését szolgálja: a lehetőségek feltérképezését és a kockázati tényezők csökkentését jelenti az életút fontos pontjain, bizonyítottan hatásos beavatkozások alkalmazásával.** Ez azt is jelenti, hogy a megfelelő időben kerül sor a beavatkozásra.

Az életút-megközelítés olyan prevenció szemléletet tükröz, amelyben nem a betegség elkerülése, hanem az egyén mindennapi életének befolyásolása, az egészségtudatos életmód kialakítása áll a népegészségügyi programok középpontjában. **Mind az egészségi egyenlőtlenségeket csökkentő hatása, mind intergenerációs szemlélete miatt meggyőző kezdeményezésről van szó, amelynek a magyar szakpolitikai programalkotásban is hangsúlyos szerepet kell kapnia.** Az életúthoz köthető egészségfejlesztés automatikusan megadja azokat a színtereket is, ahol ezt a tevékenységet hatékonyan lehet végezni.

⁴⁹ WHO Europe, 2019: 14.

⁵⁰ Australian Government, Department of Health, i. m.: 19. alapján.

3.8. A LEGFONTOSABB BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK

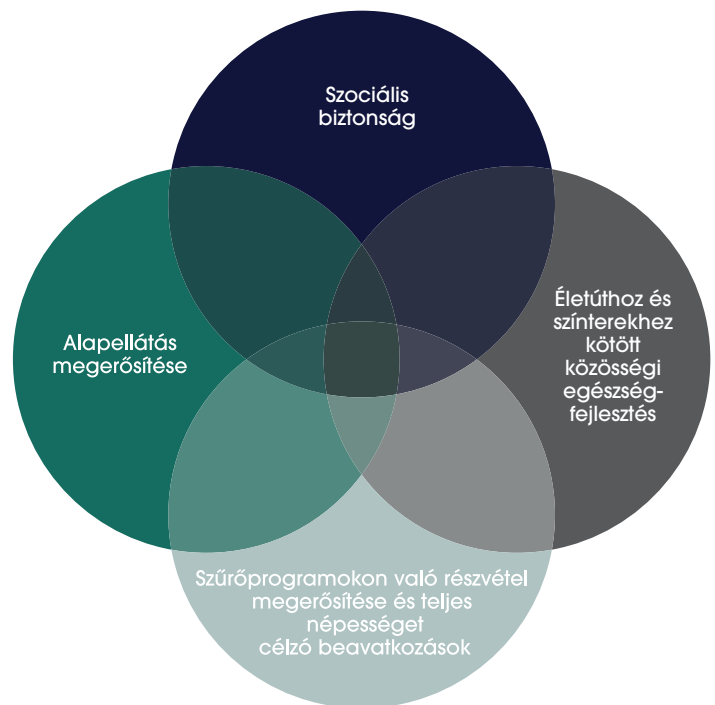
A megfelelő népegészségügyi eszközök meghatározásához ismernünk kell azokat a **magyar népesség egészségi állapotát érintő területeket, amelyeken a beavatkozás a legnagyobb haszonnal járna.** Ezzel kapcsolatban a

Global Burden of Diseases Magyarországra feldolgozott eredményeit vesszük alapul. Eszerint a legalább 1 százaléknyi egészség- és életveszteséget okozó kockázati tényezők közül az alábbiak okozzák a legtöbb veszteséget:⁵¹



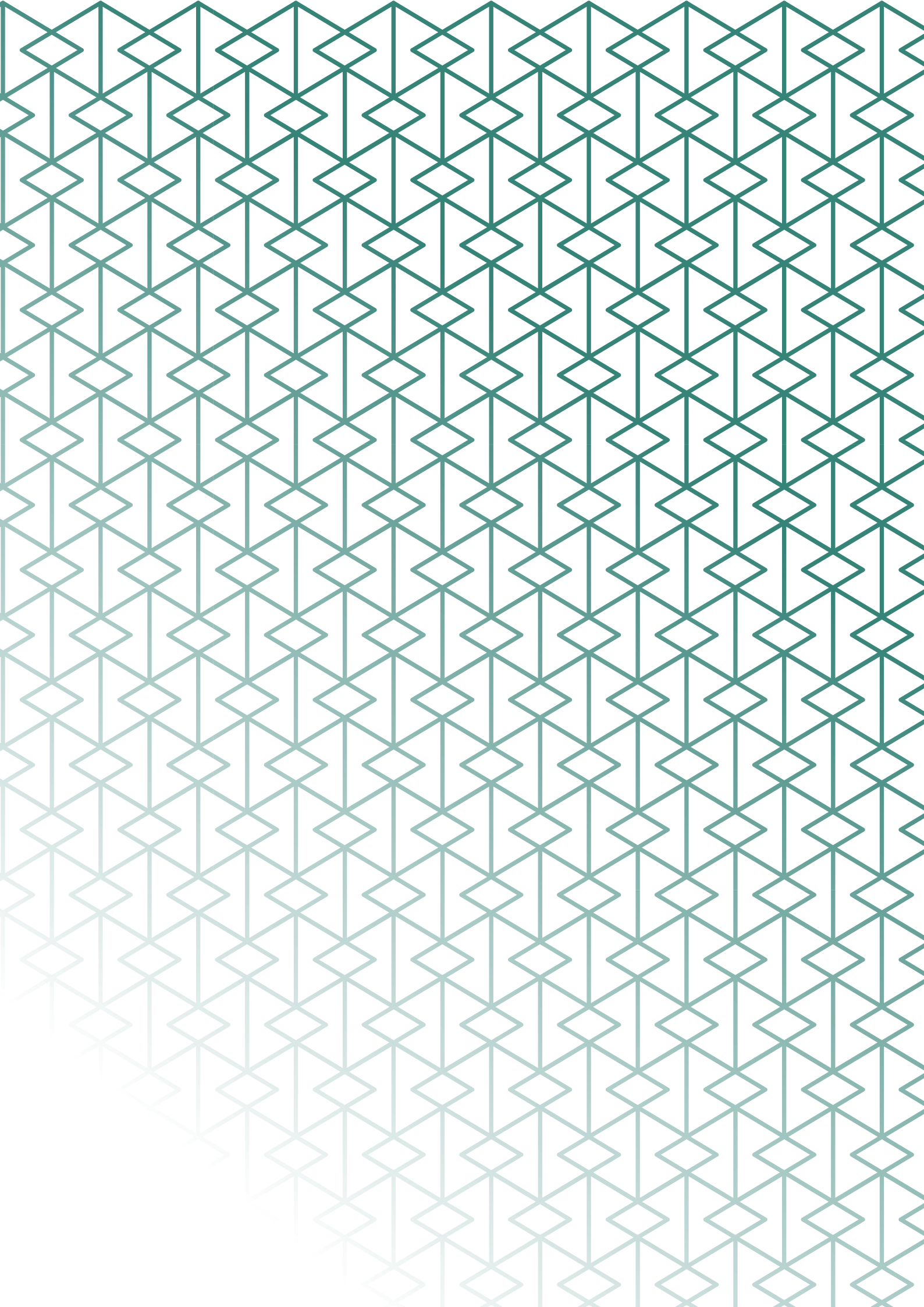
A felsorolásból jól látszik, hogy a legnagyobb hatást elsősorban olyan viselkedésbeli és környezeti tényezők befolyásolásával érhetjük el, mint a dohányzás, a táplálkozás és a testmozgás, a légszennyezettség vagy éppen az elégtelen lakhatási körülmények.

Ezekon a területeken egy négy elemből álló népegészségügyi stratégia útján érhetünk el látványos javulást (25. ábra). A négy elem a **szociális biztonság növelése, az alapellátás megerősítése, a szűrőprogramokon való részvétel növelése és populációs szintű beavatkozások alkalmazása, illetve az életúthoz és szinterekhez kötött közösségi egészségfejlesztés.**



25. ábra: A népegészségügyi stratégia elemei

⁵¹ Vitrai-Bakacs, 2021: 7.



4. AZ EGYENSÚLY INTÉZET

JAVASLATAI

A fentiekből kiderült, hogy az emberek egészségi állapotát összetett társadalmi hatások és egyéni magatartásminták alakítják. Ennek megfelelően **a magyar társadalom egészségügyi mutatóinak javítása is csak rendszerszintű megközelítésben, az egyes kockázatok tágabb társadalmi-gazdasági-életmódbeli kontextusát figyelembe véve képzelhető el.** A direkt, konkrét egészségmagatartás alakítását célzó beavatkozások mellett ezért legalább ennyire fontosak azok az intézkedések, amelyek a szociális helyzet megváltoztatásán, a lehetőségek megteremtésén és a megfelelő motivációk kialakításán keresztül teszik lehetővé, illetve megkönnyítik vagy ösztönzik az egészségügyi szempontból helyes egyéni magatartást. Egyszerű példával élve: a magas cukor-, zsír- vagy taurintartalmú ételek és italok forgalmazásának vagy reklámozásának korlátozása csak akkor érheti el a kívánt hatást, ha ezzel párhuzamosan a legszegényebbek számára anyagilag is megfizethetővé válnak az egészségesebb alternatívák, miközben a megfelelő információk elérése révén a szándék is kialakul az egészségesebb táplálkozásra. Ehhez hasonlóan a dohányzás vagy a mértéktelen alkoholfogyasztás semmiféle korlátozása vagy tiltása, de még a megfelelő tájékoztatás sem érhet célt addig, amíg nem foglalkozunk a káros függőségek mögött meghúzódó olyan tényezőkkel, mint a szorongás, a stressz vagy éppen a közösségi minták hatása.

Egy ilyen komplex megközelítés legfontosabb eleme **egy jól szervezett, emberi és anyagi erőforrásokkal megfelelően ellátott, a legfrissebb nemzetközi kutatási eredményeket a magyarországi körülményekre szabva alkalmazni képes népegészségügyi rendszer megléte.** Alapvető keretrendszerként egyedül egy ilyen szisztéma képes a maga komplexitásában és a változó körülményekhez alkalmazkodva megteremteni és működtetni a hatékony prevenció minden szükséges elemét. Ennek rögzítése mellett az alábbiakban **olyan intézkedéscsoportokra teszünk javaslatot, amelyek révén az állam a tágabb társadalmi feltételek átalakításától az alapellátás népegészségügyi szemléletű finomhangolásán át konkrét, mikroszintű beavatkozások, jó gyakorlatok alkalmazásáig hozzájárulhat a magyarok egészségmutatóinak látványos javulásához.**

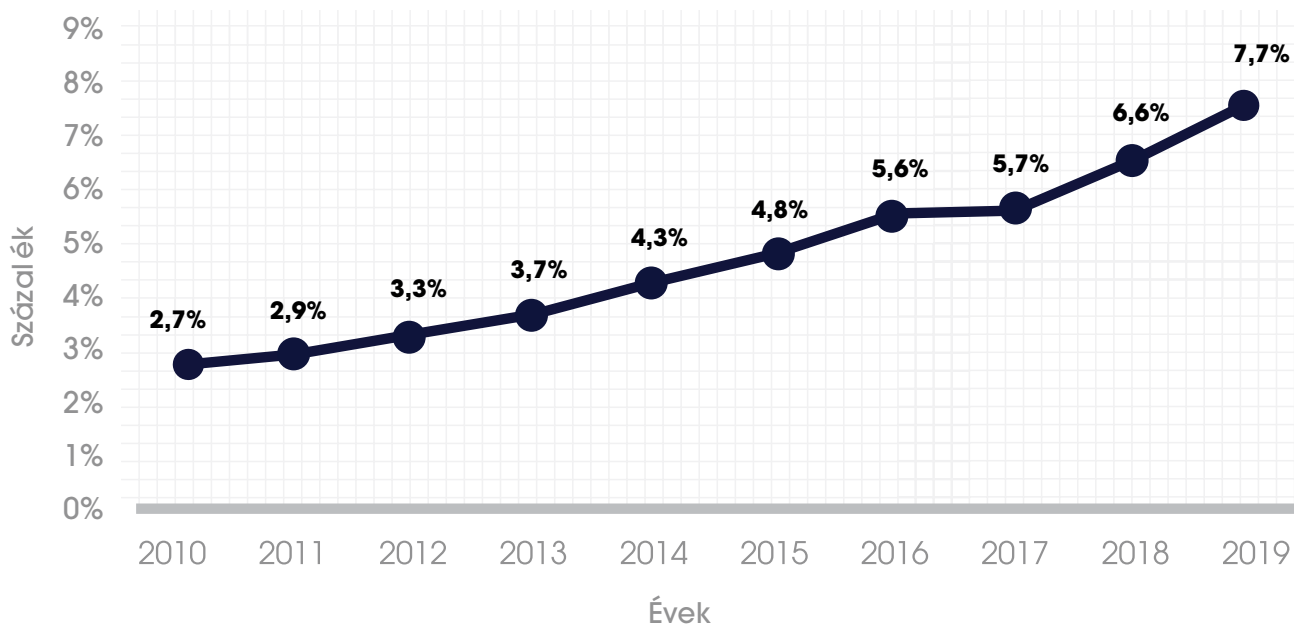
A magyar társadalom egészségügyi mutatóinak javítása csak rendszerszintű megközelítésben, az egyes kockázatok tágabb társadalmi-gazdasági-életmódbeli kontextusát figyelembe véve képzelhető el.

4.1. AZ ALAPELLÁTÁS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FÓKUSZÚ MEGERŐSÍTÉSE

Az alapellátás megerősítése népegészségügyi szempontból a kockázatnak kitett személyek beazonosítását, a betegségek korai felismerését és megfelelő gondozását szolgálja az egészségi állapot romlásának elkerülése érdekében.⁵² Magának az ellátórendszernek az átalakításával az Egyensúly Intézet a jövőben külön tanulmányban fog foglalkozni, ehelyütt is szót kell azonban ejteni az alapellátásnak a megújított népegészségügyi rendszerhez való illeszkedéséről, illetve ennek elősegítéséről.

4.1.1. TÖBB SZAKMÁT ÖSSZEFOGÓ, PREVENCIÓS ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ CSOPORTPRAXISOKAT!

Az elmúlt évtizedben folyamatosan növekedett a **betöltetlen háziiorvosi praxisok egyre növekvő aránya**. Ez a probléma mára lényegében minden tizedik praxist érinti: **2021 közepén már 645 háziiorvosi praxis volt betöltetlen** (26. ábra); ezek közül 24 közel 15 éve, 60 több mint 10 éve, 160 pedig 5 évnél régebb óta.⁵³ Feltűnő a probléma területi egyenlőtlensége: a leginkább érintett megyében, Borsod-Abaúj-Zemplénben például 2021-ben 75, Pest megyében 54, Jász-Nagykun-Szolnok megyében pedig 48 háziiorvos hiányzott.⁵⁴



26. ábra: Betöltetlen háziiorvosi praxisok aránya a háziiorvosi szolgálatok számához képest, 2010–2019. Forrás: NEAK, é. n.

⁵² Az alapellátás vonatkozásában számos, az EU által finanszírozott projekt zajlott, amelyek tanulságait ténylegesen át kellene vezetni a szakpolitikai döntéshozatalba. Az alább megfogalmazott javaslatokban ezekre – így például az EFOP 1.8.0/B komponensének eredményeire – is támaszkodtunk.

⁵³ GKI, 2021.

⁵⁴ GKI, i. m.

A betöltetlen háziiorvosi praxisok problémájára részben megoldást nyújthat a csoportpraxisok ma is folyamatban lévő kialakítása. A svájci hozzájárulással megvalósult Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretén belül a magyar állam már évek óta kísérletezik a praxisközösségek (vagy csoportpraxisok) létrehozásával, és 2021-től deklarált kormányzati céllá vált a háziiorvosok ösztönzése ilyen együttműködések alakítására.

Az átalakítás azonban csakis akkor jelenthet előrelépést, ha nem korlátozódik „tűzoltásra”, a háziiorvoshiány egyszerű elfedésére (vagyis arra, hogy betöltetlen praxisokat létező praxisközösségekhez csatolnak). A csoportpraxisok eredeti koncepciójának lényege épp a kiterjesztett prevenció és egészségmegőrző szolgáltatásokban rejlik, vagyis abban, hogy a jelenlegi – többnyire egy háziiorvosra és egy asszisztensre épülő – modellt a társszakmák közös, összehangolt, népegészségügyi szemléletű munkáját lehetővé tevő rendszer váltja fel. Nem arról van tehát szó, hogy azonos képzettségű praxistagok (háziiorvosok) igyekeznek ellátni a betöltetlen körzetek betegeit is, hanem arról, hogy a háziiorvosok mellett például dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok, nő- és gyermekgyógyászok, addiktológusok vagy éppen szociális munkások a járóbeteg-ellátás mellett új, emelt szintű egészségmegőrzési, prevenció szolgáltatásokat biztosítanak a pácienseknek, olyan szolgáltatásokat nyújtva a sokféle kompetenciáknak köszönhetően amelyekre a jelenlegi rendszer nem lehet képes.

A csoportpraxisok eredeti koncepciójának lényege épp a kiterjesztett prevenció és egészségmegőrző szolgáltatásokban rejlik, vagyis abban, hogy a jelenlegi modellt a társszakmák közös, összehangolt, népegészségügyi szemléletű munkáját lehetővé tevő rendszer váltja fel.

4.1.2. ÖTÉVENTE ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTFELMÉRÉST A 35 ÉS 64 ÉV KÖZÖTTI MAGYAROKNAK!

A prevenció fókuszú csoportpraxisok létrehozását követően, az alapellátásban ötévente történjen meg a 35–64 éves korosztály általános jellegű szűrése! Ennek során egészségügyi állapotfelmérés keretében lehetőség nyílna a főbb egészségügyi kockázatok, illetve kialakuló betegségek időben történő felismerésére. Ennek alapján a kiszűrt személyek esetében egyéni vagy koordinált egészségterv készülné, amelyben az adott egészségügyi állapotot érintő társszakmák (dietetikusok, gyógytornászok, ápolók, védőnők, pszichológusok) közösen folytatnák a prevenció tevékenységet, illetve már meglévő megbetegedés esetén a protokollokon alapuló gondozási tevékenységet.

A praxisközösségekkel végzett, az előző pontban említett kísérletek alapján ez a feladat hatékonyan és a megtérülést figyelembe véve meglepően alacsony költségek mellett ellátható lenne. Egy, az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram vonatkozó tapasztalataira épülő költség-haszon elemzés alapján a teljes magyar lakosság egészségügyi állapotfelmérése a praxisközösségek országos lefedettsége mellett mintegy 150 milliárd forintba kerülne,⁵⁵ öt évre elosztva évente 30 milliárd forintba.

4.1.3. EREDMÉNYALAPÚ BÉRKIEGÉSZÍTÉST A HÁZIORVOSOKNAK!

Az alapellátás jelenlegi finanszírozása döntően fejkvótaalapú, ami azt jelenti, hogy a háziiorvosok a praxisukban bejelentett betegek létszáma alapján kapják meg a térítésük nagy részét. Ez a teljesítménybérezési elemek jelenlegi alacsony aránya miatt nem ösztönöz minőségi ellátásra, hiszen akármilyen ellátást nyújt a háziiorvos, a fejkvótát biztosan megkapja. A szűrő-gondozó és általában a prevenció tevékenységei esetében a finanszírozásban

⁵⁵ Buzás et al., 2018: 1184.

a teljesítményt ösztönző, illetve az eredményeket és a minőséget díjazó technikákat kell bevezetni. Ilyen finanszírozási elem lehet:

01 A SZOLGÁLTATÁSALAPÚ FINANSZÍROZÁS

Ebben az esetben az állam, illetve a biztosító külön-külön finanszírozza a háziorvos által nyújtott szolgáltatásokat, ezért kisebb a motiváció arra, hogy idő előtt más szolgáltatóhoz küldjék a betegeket, vagyis csökkennek a szakorvosi ellátásra nehezedő terhek.

02 EREDMÉNYFÜGGŐ FINANSZÍROZÁS

Az ilyen rendszerekben a finanszírozó objektív mutatószámok (például: betegelégedettség, beutalási gyakorlat, kiegészítő prevenciók szolgáltatások nyújtása, szűrési toborzások sikeressége stb.) alapján értékeli a háziorvosok által nyújtott szolgáltatások minőségét, és ez alapján egészíti ki a háziorvosok fizetését. 2009 óta Magyarországon is egyre nagyobb teret kap ez a finanszírozási elem, ám ma is csak a bevételek viszonylag kis része származik belőle.

Amennyiben a gondozási tevékenység egyes elemeiért a háziorvos meghatározott összeget kap, az felpörgeti a teljesítményt, a protokollalapú ellátás pedig egységesíti a gondozási tevékenységet. Különösen fontos, hogy **ezeket a technikákat a csoportpraxisok keretében a társszakmák képviselői által nyújtott többletszolgáltatások esetében is alkalmazzák.**

A fejkvóta-finanszírozás túlsúlyának megszüntetése mellett annak belső átalakítása is szükséges: **differentiáljuk a finanszírozást az ellátott terület és személyi kör sajátosságainak figyelembevételével** (hátrányos térség, krónikus betegek aránya, ellátottak korösszetétele)! A háziorvos idejének hatékony kihasználása érdekében az egyes – adminisztratív és szakmai – tevékenységi körök megfelelően legyenek leosztva ápoló, APN-nővér (diplomás körzeti ápolók) és háziorvos között! A megfelelő hatásköri megosztásban rejlő hatékonysági tartalékot a digitális eszközök kompetens használata, az ezek segítségével történő monitorozás, követés tudja fokozni,

így az egyes betegcsoportok esetében meg kell határozni a költséghatékonyan használható digitális eszközök körét.

4.1.4. FELNŐTTEKET SEGÍTŐ VÉDŐNŐKET!

A hosszú évek óta felmerülő bérezési és szervezési problémák ellenére **a több mint évszázados múltra visszatekintő védőnői hálózat igazi magyar sikertörténet.** A magasan képzett, részben egészségügyi, részben szociális feladatkört is betöltő védőnők komplex egészségügyi szolgáltatásaik, a várandós és kisgyermekes anyák, gyermekeik gondozása, illetve a tágabb családi környezet személyes támogatása révén nemcsak számos népbetegség leküzdéséhez vagy a magyar lakosság kiemelkedő mértékű átoltottságához járultak hozzá a múltban, de ráadásul tevékenységükkel azt az integrált prevenciók-egészségfejlesztési szemléletet képviselik, amelynek egy 21. századi népegészségügy alapját kell képeznie.

Legyen újabb hungarikum a gyermekkort követő egészségmegőrzést és -fejlesztést hasonló szellemben szolgáló, felnőtteket segítő védőnői szolgálat! Az eddigi jó tapasztalatokból kiindulva ennek az intézménynek a megteremtése felbecsülhetetlen egészségügyi hozadékkal járna, különösen az alacsonyabb státusú társadalmi csoportok körében. A háziorvosi praxisok túlterheltségét is csökkentené, ha rendszeres táplálkozási és életmódtanácsadás, egészségnevelés, alapszintű szolgáltatások (például testsúly-, vércukorszint- és vérnyomásmérés) biztosítása, illetve az egészséges életmód útjában álló szociális vagy információs akadályok feltárása révén **a felnőtteket segítő védőnők még az alapellátásba való bekerülés előtt, helyben tudnák segíteni a polgárok egészségmagatartásának javulását és az egészségügyi kockázatok visszaszorítását.**

4.1.5. KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGŐRÖKET A HÁTRÁNYOS HELYSZETŰ TELEPÜLÉSEKEN!

Az egészség társadalmi meghatározottságának része az információkhoz és szolgáltatásokhoz való nehezebb hozzáférés vagy akár annak teljes hiánya. A háziorvoshoz

vagy a védőnőhöz hasonlóan a **prevenációs fókuszú népegészségügy kulcsfontosságú beavatkozásai** (az oltási, életmódváltást támogató vagy éppen szűrőprogramok) is épp azokat érik el a legnehezebben, akik társadalmi helyzetükből adódóan a leginkább kitettek a főbb egészségügyi kockázatoknak. A földrajzi vagy éppen információs akadályok mellett ráadásul gyakran (például szegregátumok, zárt helyi közösségek esetén) a kölcsönös bizalmatlanság, sőt félelem, illetve elemi kommunikációs nehézségek is gátolják a polgárok és a hatóságok együttműködését.

A prevenációs fókuszú népegészségügy kulcsfontosságú beavatkozásai (az oltási, életmódváltást támogató vagy éppen szűrőprogramok) is épp azokat érik el a legnehezebben, akik társadalmi helyzetükből adódóan a leginkább kitettek a főbb egészségügyi kockázatoknak.

Az elmúlt évtizedben hazánkban is ígéretes kísérleteket folytattak az úgynevezett **segédegészségőrök** alkalmazásával a szegregátumokban.⁵⁶ A segédegészségőrök a helyi közösségből kikerülő, fél- vagy teljes állásban foglalkoztatott, szociálmunkás-, illetve ápolási asszisztensi képzésben részesült munkatársak, akik mintegy közvetítőként, összekötő kapocsként működnek a polgárok és a háziorvosi

praxisok, illetve a védőnői szolgálat között. Feladatuk, hogy **felvegyék és ápolják a kapcsolatot a legnehezebben elérhető, jellemzően halmozottan hátrányos helyzetű polgárokkal, megismertessék őket az elérhető prevenációs és egészségfejlesztési szolgáltatásokkal, motiválják őket ezek igénybevételére, választ adjanak a felmerülő kérdésekre, és általában oldják az ellátottak esetleges bizalmatlanságát az ellátórendszerrel és annak szolgáltatásaival szemben.** Emellett közreműködnek a csoportos életmódprogramok és egészségfejlesztési programok megszervezésében és lebonyolításában, sőt akár konkrét, személyre szabott tanácsokkal segítik a felelős egészségmagatartás kialakítását. Alapszintű szociális és egészségügyi képzettségük mellett a fő funkciójuk a mediálás: a helyi közösség tagjaként ismerik a kisközösség nyelvét és normáit, kapcsolódni tudnak annak hétköznapi tapasztalataihoz, és nagyobb bizalmat élveznek, mint a „hatóságok” képviselői. Mindezeknek köszönhetően könnyebben fel tudják tárni az egészségtudatos magatartást akadályozó olyan szubjektív okokat is, mint például a szegényen vagy a státusféltség – mondjuk, amikor egy beteg azért nem megy el szűrésre vagy a háziorvoshoz, mert nincs megfelelő ruhája, vagy mert attól tart, hogy a problémája kiderülése miatt veszélybe kerül a munkája.

Az ország hátrányos helyzetű településein hozzuk létre a főállású közösségi egészségőrök hálózatát! Ez az intézmény nem kizárólag a romák jobb elérését szolgálhatja: a fent ismertetett előnyök általában is hasznosíthatók a legszegényebb, legalacsonyabban iskolázott és az egészségügy számára legnehezebben elérhető kisközösségekben – nem beszélve arról, hogy így a munkanélküliség által leginkább sújtott térségekben a közmunkánál mindenképpen magasabb státusú és nagyobb társadalmi haszonnal járó munkahelyeket teremthetünk.

⁵⁶ A program részletes leírását és értékelését lásd Dózsa et al., 2017.

4. 2. A SZŪRÉSI PROGRAMOKON VALÓ RÉSZVÉTEL NÖVELÉSE ÉS A TELJES NÉPESSÉGET CÉLZÓ BEAVATKOZÁSOK

Magyarországon több, nagyon is jó irányba mutató népegészségügyi szűrőprogram működik: ilyen például a szervezett emlő- és méhnyakrákszűrés. Ezen túlmenően, szervezett formában azonban pusztán a házi orvosok önkéntes – sajnos csupán mintegy 40 százalékos – részvételével működik 2018 óta vastagbélvizelési program. Ha figyelembe vesszük a daganatos megbetegedéseknek az összes betegségteherben és a halálozásban, illetve korai halálozásban játszott szerepét, az efféle programok megfelelő működésének jelentősége felbecsülhetetlen. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy **a teljes népeiséget célzó beavatkozások között kiemelt helyet kell kapniuk a szűrési programok elérési körét és sikerességét növelő lépéseknek.**

Az ilyen beavatkozások elsősorban akkor lehetnek hatékonyak, ha sikerül feltárni **azokat az egyén szintjén jelentkező tényezőket, amelyek a rendszeres részvétel ellen hatnak.** Elméletileg mindenki tudhatja, hogy elemi érdeke időben „megfogni” a daganatos megbetegedést – **a gyakorlatban azonban különféle objektív és szubjektív tényezők** (a szükséges időráfordítás, a hosszú távú kockázatok fel nem ismerése, olyan praktikus előfeltételek megoldatlansága, mint például a gyermekfelügyelet biztosítása a szűrés idejére, vagy akár az esetleges rossz hírtől való irracionális félelem) **visszatartják a pácienseket attól, hogy a hosszú távú megtérülés kedvéért vállalják a szűrés azonnali költségeit.**⁵⁷ Egyszerűbben: az alacsony iskolázottságú polgároknak esetleg nem sikerül érthetően és átélhetően elmagyarázni, milyen fájdalomtól és tragédiától mentheti meg őket a rendszeres szűrés; de az is lehet, hogy a páciens tudatában van mindennek, egyedülálló szülőként azonban nem képes megoldani a gyermeke felügyeletét a szűrés idejére, vagy túl költségesnek ítéli azt egy időben távoli és bizonytalan kockázat elkerülése érdekében. Az efféle egyéni motivációk feltárása mellett alapos, adat alapú monitorozással kell azonosítani a

szakpolitikai szintű (például: módszer, spektrum, szervezési kapacitások), illetve az ellátórendszerben felmerülő (szűrési kapacitások, hatáskörök) hiányosságokat is. Monitorozás, vagyis bizonyítékalapú tervezés nélkül a javítást célzó javaslatok is csak általánosságban fogalmazhatók meg.

A teljes népeiséget célzó beavatkozások között kiemelt helyet kell kapniuk a szűrési programok elérési körét és sikerességét növelő lépéseknek.

4.2.1. DIGITÁLIS EGÉSZSÉGNAPTÁR ÉS EGÉSZSÉGLOTTÓ – JUTALMAZZUK A TUDATOS EGÉSZSÉGMAGATARTÁST!

A szűrőprogramok sikeressége érdekében különösen fontos a **folyamatos és aktív kommunikáció.** Minden érintett réteget meg kell tudni szólítani, ehhez pedig mindannyian szó szerint a zsebünkben hordjuk a kulcsot: az okostelefonunkat. A hiteles tájékoztatást, az egészséggel és betegségekkel kapcsolatos ismeretek átadását és mindenekelőtt az egészségtudatos magatartás ösztönzését szolgálná az EESZT ilyen irányú fejlesztése vagy akár önálló alkalmazás kifejlesztése. A cél az, hogy ne legyen tabu az észlelt tünetekkel orvoshoz fordulni, hogy minél korábbi stádiumban fellehessen ismerni a megnövekedett kockázatra utaló elváltozásokat. **Alkalmazzuk rendszerszinten a viselkedéstudományok eredményeit, adjunk célzott,**

⁵⁷ A páciensek döntéseit befolyásoló kognitív torzulások, információhiány és költség-haszon elemzés hatásait, illetve a döntéseket a „helyes” irányba terelő *nudge*-ok lehetőségeit elemzi többek között Purnell et al., 2015.

motiváló „ösztökéléseket” az egészségtudatos magatartás felé! (Lásd az 1. szövegdobozban bemutatott példákat.)

Minden érintett réteget meg kell tudni szólítani, ehhez pedig mindannyian szó szerint a zsebünkben hordjuk a kulcsot: az okostelefonunkat.

Ennek érdekében az EESZT-n belül vagy akár önálló okostelefon-applikáció fejlesztésével hozunk létre személyre szabott digitális egészségnaptárat! Az alkalmazás az életút egészére nézve, az egyes egyének életmódbeli sajátosságaihoz (például dohányzás, mozgáshiányos életmód, élsport stb.) hangolva tartalmazná az egyén „egészségútjának” legfontosabb csomópontjait, az első kötelező (majd későbbi ajánlott) oltásoktól az egy-két évenkénti fogorvosi vizsgálatokon át a meghatározott rizikócsoportokat érintő szervezett szűrésekig. Meghatározott időközönként (például a számunkra releváns szervezett szűrés időpontjának közeledtével) a felhasználók értesítéseket kapnának, amelyek az adott egészségügyi „mérőkövető” jelentősége mellett az elérhető lehetőségeket is tartalmaznák. **A szűréseken való részvételt vagy az ajánlott oltások felvételét a szolgáltató igazolná a rendszerben, ennek segítségével pedig a tartós egészségtudatosságot egy személyre szabott, az idő előrehaladtával egyre növekvő értékű ösztönzőt biztosító bónuszrendszer keretében jutalmaznák.** A jutalom szintén egyénre szabott, akár több elemből választható – a szűrési alkalmanként kifizetett készpénzjuttatástól vagy étkezési utalványtól plusz szabadnapokig bezárólag bármi lehet, ami az adott élethelyzetben megfelelő motivációt jelent az adott ellátottnak. Az alkalmazás egyúttal lehetőséget biztosítana a szűrésekre, oltásokra való egyszerű időpontfoglalásra is.

Egy ilyen alkalmazás várható népegészségügyi hasznát figyelembe véve **minden jogilag lehetséges eszközzel ösztönözni kell annak letöltését (vagy a szolgáltatókkal való megegyezés alapján akár előtelepítését), illetve használatát.** Az érzékeny egészségügyi adatok tárolása és felhasználása miatt a valóban hatékony, minél szélesebb kört lefedő működtetés mindenképp a felhasználók beleegyezését igényli, ezért **a munkaadók, a családi**

védőnők, illetve egészségőrök részvételével, valamint az alkalmazás használatához kötött jutalmak kilátásba helyezésével motiválni kell a regisztrációt és a tartós használatot. A költségvetés számára szinte láthatatlan tétel, a legkitettebb csoportok számára ugyanakkor erős ösztönző lenne egy „egészséglottó” intézményesítése: **az alkalmazás aktív használói között évente három alkalommal 10-10 millió forintos nyeresemény kisorsolása.** Egy ilyen játék különösen a kezdeti elterjedésben játszhatna kulcsszerepet: amíg az alkalmazást kevesebben használják, a kevesebb résztvevővel járó nagyobb nyerési esély is erősebb motivációt jelentene, különösen ha a sorsolás – a nyertesek személyiségi jogait tiszteletben tartva – a médiában is teret kapna (ezáltal ráadásul az applikáció társadalmi hasznossága, eredményei is folyamatosan a közbeszédben tarthatók lennének). A későbbiekben a sorsoláson való részvételt további kritériumokhoz – például legalább tízéves aktív használat, az egészségügyi mérőkövetők meghatározott szintű teljesítése – lehetne kötni, hogy ezáltal is motiváljuk a tartós használatot.

4.2.2. SZEMÉLYRE SZABOTT INFORMÁCIÓVAL BUZDÍTSUNK A SZŪRÉSEN VALÓ RÉSZVÉTELRE!

Évtizedek pszichológiai kutatásai igazolják, hogy **a helyes egészségmagatartást már pusztán a megfelelő információk megfelelő időben és formában történő átadása is elősegítheti.** Amikor az emberek mérlegelik, hogy megéri-e időt és energiát fordítaniuk a szűrésen való részvételre, gyakran esnek a „**hamis optimizmus**” csapdájába: következetesen alulbecsülik a saját kitettségüket, miközben nincsenek tisztában a korai felismerés jelentőségével a túlélés szempontjából. Ösztönzőként hathat ugyanakkor, ha **a megelőzés szükségességét sikerül saját közelmúltbeli élményekhez kötni:** ha valakinek a családjában vagy baráti körében előfordult már daganatos megbetegedéshez köthető tragédia, a szűrésre való felhívás során pozitív és negatív kimenetelű személyes történetek megismertetése az efféle emlékek aktiválásával növelheti a személyes motivációt. Az is bizonyított tény, hogy **általános, absztrakt statisztikák ismertetésénél** (például: „minden évben 5000 ember hal meg vastagbélrákban”) **hatásosabb a kockázatok személyre szabott, akár az egyén személyes és családi**

kórelőzményére épülő, kézzelfogható feltárása („az önhöz hasonló korúak, illetve saját táplálkozási szokásai és a szülei/ távoli rokonai kórtörténete alapján X százalékkal magasabb az átlagnál annak kockázata, hogy a következő Y évben érintetté válik”). **Az ugyancsak személyre szabott negatív, illetve pozitív visszajelzés is sokat segíthet:** például ha a háziorvos rendszeresen tájékoztatja a beteget arról, hogy az eddigi részvétele alapján mennyivel csökkentette saját megbetegedése valószínűségét, illetve hogy a kihagyott alkalmak mennyivel növelték azt.

A helyes egészségmagatartást már pusztán a megfelelő információk megfelelő időben és formában történő átadása is elősegítheti.

A jelenlegi digitális lehetőségek mellett **akár e-mailben, akár mobilapplikációkon keresztül lehetőség van például a szűrési kampány közeledtével egyre gyakrabban ismétlődő, közérthető, jól vizualizált és tömör értesítések küldésére az adott daganatos megbetegedés való kockázatáról, illetve arról, hogy a szűrésen való részvétel milyen mértékben csökkenti a felesleges fájdalom és a korai halálozás esélyeit.** Emellett **az orvos–beteg találkozók alkalmával az egészségügyi szakember rendszeresen, protokollszerűen kérdezzen rá a szűrésen való részvételre, miután az iménti módszerek segítségével ismertette a releváns információkat,** ezek az információk pedig legyenek jól láthatók az EESZT-ben is!

A szűréseken való részvételi hajlandóság növelésének persze csak akkor van értelme, ha rendelkezésre áll a teljes szűrési folyamathoz szükséges eszköz- és humán erőforrás-kapacitás. Például a vastagbéliszűrés esetén, amennyiben a székletvér vizsgálatának eredménye pozitív, akkor a szűrés következő elemeként szükségessé válik a kolonoszkópiás vizsgálat. A szükséges kapacitásokról ma nincsenek nyilvánosan elérhető, kellő részletességű adataink, de a kutatások alapján súlyos hiányokat és területi egyenlőtlenségeket kell leküzdeni.⁵⁸ A különböző típusú szűrések sajátosságainak megfelelően, akár csak

körülhatárolt, hátrányos helyzetű csoportok, hátrányos helyzetű térségek esetén új – vagy korábban bevont, de „kikapott” – szereplőket (gyógyszerészeket, védőnőket stb.) is be kell vonni a programokba az eredményesség növelése érdekében.

4.2.3. RUGALMAS SZŪRÉS, GYERMEKFELÜGYELET, SZŪRÉSI SZABADNAP – TEGYÜK KÖNNYEBBÉ A SZŪRÉSEN VALÓ RÉSZVÉTELT!

A beteg-orvos találkozókon, illetve átfogó felmérés keretében **fel kell tárni, hogy a szűrésbe bevont csoportok tagjait mi tartja vissza a részvételtől.** Ennek hiányában nehéz általánosan alkalmazható receptet adni, nemzetközi tapasztalatok alapján valószínű azonban, hogy **az időpont és a helyszín rugalmas kiválasztásának lehetőségével (vagy épp ellenkezőleg: személyre szabottan előre meghatározott, „alapértelmezett” szűrési ütemezéssel), a szűrés idejére gyermekfelügyelet biztosításával vagy a helyszínre szállítás megszervezésével és megtérítésével jelentősen növelni lehetne a motivációt a részvételre.** Bár a Munka törvénykönyve elvileg felmenti a munkavállalót a munkavégzés alól orvosi vizsgálat esetére, a gyakorlatban ez ritkán bizonyul kellő ösztönzésnek, sőt nem ritka, hogy a munkaadók nyomást gyakorolnak a dolgozóra, hogy munkaidőn kívül oldják meg a részvételt. **Egyszerre lenne ennek az akadálnak az elhárítása, illetve ösztönző jutalom, ha a szűrésen való részvételért plusz szabadnap járna a munkavállalóknak.** A kulcsfontosságú szűrések kis száma alapján ez a munkaadóknak sem lenne túl nagy teher, ráadásul a dolgozók megbetegedésének hatékonyabb megelőzése nyilvánvalóan számukra is megtérülő befektetés lenne.

4.2.4. BRIT MINTÁRA TEGYÜK SÁVOSSÁ ÉS PROGRESSÍVVÉ A CHIPSADÓT!

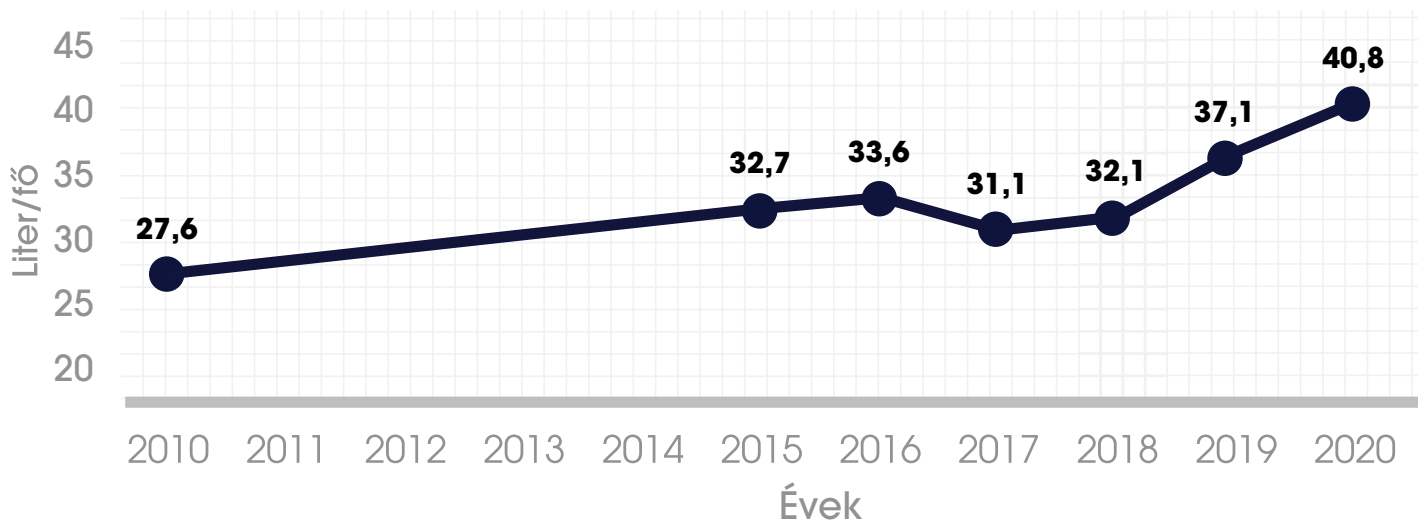
A teljes népességet érintő beavatkozások tekintetében

⁵⁸ Medicalonline, 2020.

a legnagyobb hozadékat a táplálkozási szokások befolyásolásától várhatjuk. A 2011-ben bevezetett **népegészségügyi termékadó (ismertebb nevén chipsadó)** ebből a szempontból jó irány volt, de a hatása korlátozott maradt. Mint ismeretes, ez az adónem az egészségre káros összetevők (cukor, só, alkohol, taurin) alapján adóztatja a termékek jól körülhatárolt körét (üdítőitalokat, cukros üdítőitalokat, alkoholos italokat, előrecsomagolt cukros készítményeket, sós snackeket stb.). A cukor és különféle cukros termékek fogyasztása az új adónem bevezetését követő két évben a jogalkotó céljának megfelelően némileg mérséklődött (elsősorban az alacsony iskolázottságú és jövedelmű csoportok körében), ezt követően azonban újra növekedni kezdett, és mára a chipsadó bevezetését megelőző

évekhez képest is emelkedett (27. ábra).⁵⁹ **Ennek oka elsősorban a háztartások vásárlóerejének növekedése volt: a népegészségügyi termékadó nem követte a jövedelmek bővülését, így a vásárlóknak kevésbé „fájt” az egészségtelen termékek megvásárlása.**

A teljes népességet érintő beavatkozások tekintetében a legnagyobb hozadékat a táplálkozási szokások befolyásolásától várhatjuk.



27. ábra: Üdítőitalok fogyasztása Magyarországon 2010 és 2020 között

Az állam válasza erre a chipsadó átlagosan 20 százalékos emelése, illetve a megadóztatott termékek körének bővítése volt 2019-ben, ami a fentiek fényében logikus lépés volt. A nemzetközi tapasztalatok alapján azonban bőven lenne még tér ennek az adónemnek a hatékonyabbá tételére, mindenekelőtt azáltal, hogy **a gyártókat ösztönözzük az egészségre ártalmas összetevők arányának csökkentésére. A cukros üdítőitalokat sújtó brit szabályozás ezt sávós és progresszív adóztatással oldja meg.** Vagyis a magyar törvénnyel ellentétben, amely a cukros üdítőitalok esetében 8 g/100 ml cukortartalom felett egységesen literenként 15 forint adót szab meg, a brit megoldás 5 és 8 g/100 ml

között 0,18 fontot, 8 g/100 ml felett pedig 0,24 fontot. Az utóbbi modellben a gyártók egyrészt dönthetnek úgy, hogy az alacsonyabb cukormennyiséggel az alsó sáv alatt maradva egyszerűen „kimaradnak” az adóztatottak köréből; másrészt ha már bekerülnek az adó hatálya alá, a progresszív adókulcs így is az alacsonyabb cukortartalom felé tereli őket. **Magyarországon mind a cukrozott üdítőitalok, mind pedig az előrecsomagolt cukrozott termékek esetében alkalmazni kell a sávós megoldást.**⁶⁰

⁵⁹ Lásd Berta, 2019: 5.

⁶⁰ Ezt a javaslatot elsőként a Magyar Nemzeti Bank fogalmazta meg 2019-es Versenyképességi programjában. Berta, i. m.: 7.

4.2.5. LEGYEN TILOS AZ EGÉSZSÉGTLEN ÉLELMISZEREK GYERMEKEKET CÉLZÓ MARKETINGJE!

Számos kutatás kimutatta már az **okási kapcsolatot a gyermekek egészségtelen táplálkozása és elhízása, illetve az egészségre ártalmas (magas cukor-, só-, zsír- vagy éppen taurintartalmú) élelmiszerek és italok hirdetésének való kitettségük között.**⁶¹ 2012-ben egy EU-s kezdeményezéshez kapcsolódóan számos élelmiszeripari nagyvállalat Magyarországon is önként vállalta, hogy tartózkodik az egészségtelen élelmiszerek reklámozásától a gyermekeknek szóló műsorokban (olyan médiafelületeken, amelyek közönségének legalább 35 százalékát 12 évesnél fiatalabb gyermekek alkotják).⁶²

A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy **az ilyen típusú önkorlátozás eredményessége csak nagyon korlátozott lehet.**⁶³ Egyrészt azért, mert ma is vannak olyan cégek, amelyek nem csatlakoztak a kezdeményezéshez, így gyermekeknek szóló műsorokban is folytatják a reklámozást.⁶⁴ Másrészt azért, mert a gyakorlatban a gyermekek nemcsak tematikus gyermekműsorokat néznek, és nem is csupán a televízióban találkoznak hasonló marketingtevékenységgel, hanem például online felületeken és applikációkban, éttermekben vagy akár szponzorált rendezvényeken, nem beszélve arról, hogy a szóban forgó élelmiszerek gyakran már a rajzfilmhősöket vagy boldog gyermekeket ábrázoló csomagolással is agyerekeket célozzák. Ezt a problémát egyre több országban szigorúbb vagy akár – a dohányreklámok mintájára – teljes korlátozással igyekeznek megoldani. Például úgy, hogy **meghatározott időszámban (Chilében például reggel 6 és este 10 óra között) teljesen betiltották az egészségtelen élelmiszerek reklámozását, vagy úgy, hogy a gyermekeket célzó marketing minden formáját tiltják, ideértve rajzfilmhősök feltüntetését a csomagoláson vagy gyermekeket elérő szabadidős rendezvények szponzorációját.**

Bár a tiltás csak a legvégső esetben indokolt megoldás, a gyermekkori elhízás mértéke, valamint az egészségtelen táplálkozásnak az életminőségre gyakorolt hatásai ebben az esetben indokolják a szigorítást. Ezért **jogszabályban kell tiltani az egészségtelen élelmiszerek és üdítő- vagy energiatalok gyermekeket célzó marketingjének minden formáját, ideértve az írott sajtóban, rádióban vagy televízióban megjelenő, illetve online reklámokat, a csomagolásokon gyermekekre célzott vizuális elemek (például rajzfilmfigurák, aranyos állatok) megjelentetését, ajándékjátékok gyorséttermi menükhöz kapcsolását vagy rendezvények szponzorációját.**

Bár a tiltás csak a legvégső esetben indokolt megoldás, a gyermekkori elhízás mértéke, valamint az egészségtelen táplálkozásnak az életminőségre gyakorolt hatásai ebben az esetben indokolják a szigorítást.

4.2.6. FIGYELMEZTETŐ CÍMKÉKET AZ EGÉSZSÉGTLEN ÉLELMISZEREKRE!

Nemcsak a viselkedéstudományi kutatások, de ma már a tapasztalatok is igazolják: **az embereknek olykor csupán egy-egy apró ingerre van szükségük ahhoz, hogy mindenfajta korlátozás vagy tiltás nélkül is leküzdjék a kísértést, és saját akaratukból az egészségtudatosabb lehetőséget válasszák.** Ilyen inger lehet az, ha az élelmiszerek csomagolásának hátulján található, az összetevőket apró betűkkel bonyolult táblázatokban ismertető címkék mellett jól látható helyen figyelmeztetést helyeznek el arról, hogy az adott termék ártalmas az egészségre. Chilében

⁶¹ Lásd például Ebbing et al., 2002.

⁶² Lásd NMHH, 2020.

⁶³ Lásd WHO, 2016: 11.

⁶⁴ NMHH, i. m.: 15.

például fekete-fehér stoptáblát ábrázoló címke jelzi a csomagoláson, ha valamelyik összetevő mennyisége, illetve kalóriaszáma meghaladja az egészséges szintet, és növeli valamilyen krónikus betegség kialakulásának kockázatát (több káros összetevő esetén külön-külön stoptábla figyelmeztet minden egyes kockázatra).⁶⁵ Az Egyesült Államokban az éttermekben, kávézóknak és egyéb, étkezést biztosító szolgáltató helyiségekben a menük, illetve a kihelyezett ételismiszer mellett jól láthatóan fel kell tüntetni az adott termék összesített kalóriatartalmát. Így a fogyasztó egyrészt számszerűsítve láthatja, hogy a napi ajánlott kalóriabevitel mekkora hányadát készül bevinni egyetlen fánkban vagy pizzában, ami már önmagában nem csekély visszatartó erő, másrészt könnyedén összehasonlíthatja a választék egyes elemeit, és ha úgy dönt, a kevésbé hizlalót választhatja. A tapasztalatok alapján mindkét megoldás jó ösztönző arra, hogy a fogyasztói viselkedés befolyásolása mellett a gyártókat is érdekeltté tegye az ártalmatlan összetevők mennyiségének csökkentésében.

Az embereknek olykor csupán egy-egy apró ingerre van szükségük ahhoz, hogy mindenfajta korlátozás vagy tiltás nélkül is leküzdjék a kísértést, és saját akaratukból az egészségtudatosabb lehetőséget válasszák.

Magyarországon az értékesítés helyszínein (ételismiszerboltokban, éttermekben, mozikban stb.), az egészségre káros termékek csomagolásán, illetve a kihelyezett ételismiszerek mellett a pulton legyen kötelező jól látható és közérthető figyelmeztető jelzések és adatok elhelyezése!

4.2.7. ORVOSI SEGÍTSÉGET A BEVÁSÁRLÁSHOZ!

Az egészséges táplálkozás otthon kezdődik: az egészségre káros étkezési szokások jórészt az otthoni szocializáció során alakulnak ki, ami biztosítja a generációk közötti átörökítést, ezért ezeket a mintákat a legnehezebb módosítani. Az Egyesült Államokban ezt szem előtt tartva indítottak számos városban olyan kezdeményezést, amelynek keretében a **szupermarketekben és közterekben helyszíni orvosi vagy dietetikusi segítséget biztosítanak a vásárlóknak az egészségtudatosabb, mégis élvezetes étrend összeállítására.** Nem írják elő vagy korlátozzák, hogy mit vásárolhat a fogyasztó, de **közérthető tájékoztatással és a kockázatok személyre szabott ismertetésével, mindenekelett pedig az egészséges, olcsó alternatívák bemutatásával motiválják és teszik lehetővé az egészségtudatosabb fogyasztási szokások kialakítását.** A vásárlás helyszínére delegált prevenciók tevékenység nyilvánvalóan jóval hatékonyabb, mint ha a hagyományos orvos-beteg találkozón, elméletben tájékoztatják a pácienseket a helyes táplálkozási szokások követésének fontosságáról.

A vásárlás helyszínére delegált prevenciók tevékenység nyilvánvalóan jóval hatékonyabb, mint ha a hagyományos orvos-beteg találkozón, elméletben tájékoztatják a pácienseket a helyes táplálkozási szokások követésének fontosságáról.

A magyar állam erős pénzügyi ösztönzőkkel (célzott támogatással, adókedvezménnyel) motiválja a forgalmasabb ételismiszerboltokat a **helyszíni orvostalálkozók lehetőségének megteremtésére!** A megfelelő szakemberek delegálását a csoportpraxisok,

⁶⁵ Cohen, 2017.

illetve a megerősített népegészségügyi irodák vagy egészségfejlesztési irodák helyi intézményei is biztosíthatják.

4.2.8. EGÉSZSÉGES LEVEGŐT!

Az idő előtti halálozások egyik fő felelőse a légszennyezettség, amely minden évben 12–13 ezer ember halálával hozható összefüggésbe. A légszennyezettség miatt elvesztett egészséges életévek száma Magyarországon megközelítőleg 2 év. Az EU-n belül Magyarország (Lengyelországgal holtversenyben) a harmadik legrosszabb helyen áll a levegőszennyezés miatt elvesztett életévek számában. A légszennyezettség olyan betegségek kialakulásában és súlyosbodásában játszik szerepet, mint a tüdőrák, a különféle szív- és érrendszeri megbetegedések és az asztma, emellett pedig számos, a gyermekeinket sújtó fejlődési rendellenességhez is hozzájárul. Ez mindannyiunkat érintő probléma. Bár – mint az életet megrövidítő ártalmak esetében általában – a legszegényebbek ezen a téren is sokkal rosszabbul járnak, a légszennyezettség végső soron társadalmi háttérre vagy jövedelmi helyzetre való tekintet nélkül mindenkit érint, mindenkitől értékes életéveket vesz el.

Az adatok alapján jól látszik, hogy **településeink levegőminőségének javítása az egyik legfontosabb, a teljes népességet célzó beavatkozás.** Az Egyensúly Intézet *Hogyan jussunk levegőhöz* címmel részletes javaslatcsomagot dolgozott ki a fűtési és épületszektorban, illetve a közlekedésben végrehajtandó intézkedésekről. Az alábbiakban ezeket az intézkedéseket soroljuk fel – azok részletes alátámasztása az eredeti háttér tanulmányban olvasható.

4.2.8.1. *Tiltsuk be a lignitet!*

A szennyező és gyenge fűtőértékkel bíró lignitet azonnali hatállyal be kell tiltani. Le kell állítani a kitermelését, és meg kell szüntetni a szociális lignit-támogatást – más módon kell segíteni a legszegényebbeket.

4.2.8.2. *Az 5000 fősnél nagyobb településeken is biztosítani kell a szociálistűzifa-támogatást!*

A szociálistűzifa-támogatás jó eszköz a fűtési szegénység csökkentésére, de **a települések lakosság számában megállapított 5000 fős felső limitet el kell törölni** – vagyis a támogatást nem a település lélekszámahoz kell kötni. Így a nagyobb településeken élő rászorulóknak is részesülhetnek a segítségből. A szilárd tüzelőanyagot használó rászorulóknak számára biztosítani kell a fenntartható erdőgazdálkodásból származó, megfelelően kiszárított fát.

4.2.8.3. *Támogassuk az energiahatékonysági beruházásokat!*

A legszegényebbek esetében a szennyező tüzelők tiltása önmagában nem megoldás – több forrást kell fordítani az önerőt nem igénylő energiahatékonysági beruházások támogatására, amilyen például a vissza nem térítendő nyílászáró- és kazáncsere-támogatás.

4.2.8.4. *Szigorúbb szankciók és ellenőrzés révén fel kell lépni a szeméttel, illetve a lignittel történő fűtés ellen!*

Be kell tartatni a már létező korlátozásokat: az állami intézményeknek szisztematikusan (szigorúbb szankciók és ellenőrzés révén) fel kell lépniük a szeméttel, avarral, illetve a betiltását követően a lignittel történő fűtés ellen.

4.2.8.5. *Évente 100 000 épület essen át mélyfelújításon!*

Ahhoz, hogy 2050-re a teljes magyar épületállomány karbonsemlegessé váljon, **évente az épületek 3%-án kell mélyfelújítást, vagyis legalább 60%-os energiamegtakarítást eredményező korszerűsítést elvégezni** (a jelenlegi 0,1% helyett). Ezért az épületszektorba annyi forrást kell átirányítani, hogy – az épületállomány jövőbeni alakulásától függően – évi 100 000–120 000 épület mélyfelújítására nyíljen lehetőség.

4.2.8.6. A támogatás mellett szigorítani kell az épületfelújítás és -bővítés esetén érvényes energetikai követelményeket!

Aki hajlandó a felújításra, azt innovatív eszközökkel (például számlás előfinanszírozással) támogatni kell ebben – de csak akkor, ha a felújítás hatékonysága megfelelő. A támogatás mellett szigorítani kell az épületfelújítás és -bővítés esetén érvényes energetikai követelményeket. El kell kerülni a rossz sorrendben elvégzett vagy félbehagyott korszerűsítéseket (az ún. „belakotlási hatást”): ennek érdekében a korszerűsítési támogatást előzetes mérnöki szakvéleményhez kell kötni, amely igazolja, hogy az adott beavatkozás megfelelő hatékonyságú és a megfelelő sorrend szerint történik.

4.2.8.7. 2030-tól be kell tiltani a kizárólag belső égésű motorral működő új járművek forgalomba állítását!

Magyarországnak konkrét céldátumot kell meghatároznia a belső égésű motoros gépjárművek teljes kivezetésére, illetve ütemtervet kell kidolgoznia a tiltás feltételeinek megteremtésére. Követendő példa a szlovén modell, ahol 2030 után már csak olyan autókat lehet forgalomba hozni, amelyek CO₂-kibocsátása nem több mint 50 g/km.

4.2.8.8. Roncsbevéltő programot kell indítani!

A roncsbevéltő program révén fokozatosan megszabadulhatunk a legöregebb és legszennyezőbb (EURO I-es, EUROII-es vagy annál rosszabb besorolású) autóktól.

4.2.8.9. A hajózási tevékenység szennyezésének visszaszorítása érdekében állami hitelgaranciával kell ösztönözni az elavult hajók motorcseréjét!

Ennek során elsődlegesen az elektrifikációt kell támogatni. A hajóknak meg kell tiltani, hogy kikötés után dízelgenerátort használjanak az áramellátásuk fenntartására, és elő kell írni a kikötő elektromos hálózatára

való csatlakozást. Ennek érdekében az államnak támogatnia kell a kikötők elektromos hálózatának fejlesztését.

4.2.8.10. A nagyvárosokban hozzunk létre tiszta zónákat!

Ezek olyan belvárosi területek, ahová a legszennyezőbb autók nem vagy csak rendkívül magas díj ellenében hajthatnak be. Követendő példa lehet akár a berlini, akár a madridi, akár a londoni megoldás.

4.2.8.11. Környezetvédelmi besorolás alapján kell átalakítani a parkolási és útdíjakat!

A régebbi, illetve nagy, szennyező autókra magasabb díjat kell kivetni, a környezetkímélőbb járművekre pedig kedvezményeket kell megszabni. A parkolóhely keresésével töltött idő (és az ezzel járó kibocsátás) csökkentése érdekében az önkormányzatoknak – parkolási vagy egyéb – kedvezményekkel kell ösztönözniük az okosparkolást támogató alkalmazások használatát.

4.2.8.12. A csúcssebességet a mellékutakon egységesen 30 kilométer per órára kell csökkenteni!

Számos európai nagyvároshoz hasonlóan a magyar városokban is csökkenteni kell az átmenő forgalmat, a főutakra kell irányítani az autósokat, például az átmenő forgalom megakadályozásával. Részben ezt, részben a zajszennyezés és a kibocsátás csökkentését szolgálja a lakott területeken belül megengedett legnagyobb sebesség csökkentése. **A jelenlegi csúcssebességet ezért a mellékutakon egységesen 30 km/h-ra kell csökkenteni!**

“Településeink levegőminőségének javítása az egyik legfontosabb, a teljes népeiséget célzó beavatkozás.”

4.3. ÉLETÚTHOZ ÉS SZÍNTEREKHEZ KÖTÖTT KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

A részvételiségre, elsődleges és primer prevencióra, a magatartás befolyásolásával kapcsolatos elméletekre alapozott népegészségügyi programok életünk adott szakaszainak meghatározó szinterein, hétköznapi tevékenységünk és létezésünk helyszínein képesek a leginkább hatni. Az egyes szintereken megvalósuló programok, de akár az alapellátás keretében megvalósuló gondozási tevékenység során **ki kell használni az új technológiák – hordozható eszközök – adta lehetőségeket az egészség monitorozására, a folyamatos visszajelzésre az érintett személy számára a motiváció növelése érdekében.** Az így monitorozott adatoknak a későbbi tervezéskor lehet nagy szerepük.⁶⁶ Az okoseszközök használatának különösen nagy jelentősége van a rendszeres testmozgásra irányuló – iskolai vagy azon kívüli – életmódprogramok, egészséges táplálkozással kapcsolatos egészségfejlesztési tevékenység esetén. **A népegészségügyi szervezetrendszeren belül olyan egységet kell felállítani, amely publikus és naprakész tudást gyűjt az elérhető eszközökről, és javaslatokat fogalmaz meg ezek használatára a fenti területeken.**

A legnagyobb nyereséget akkor lehet elérni prevenciós programokkal, ha azok már a magzati korban megkezdődnek.

4.3.1. EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDETTET!

A nemzetközi tapasztalatok alapján **a legnagyobb nyereséget akkor lehet elérni prevenciós programokkal, ha azok már a magzati korban megkezdődnek.** A gyermekek és a fiatalok egészségébe való befektetés az egész életútra hatással van, mind a termelékenység, mind a felelős állampolgári viselkedés szempontjából, illetve fontos szerepet játszik a gyerekek közötti hozzáférési egyenlőtlenségek csökkentésében.⁶⁷

A magzati kor és az első életévek kapcsán **a szegénység felszámolása, a lakhatási körülmények javítása, az alapszolgáltatásokhoz – mindenekelőtt a védőnői és háziorvosi rendszerhez – való egyenlő hozzáférés alapvető fontosságú.** Ezen túlmenően a fő cél a szülői szerepre való felkészítés megerősítése és az anyai káros szenvedélyek mérséklése, annak érdekében, hogy kevesebb koraszülött és alacsony testsúlyú baba szülessen. Ezek a problémák szorosan összefüggenek az anyák életkorával és társadalmi helyzetével.

4.3.2. EGÉSZSÉGET AZ ISKOLÁKBAN!

Az iskolai szinten **a mostaninál jóval aktívabb és korszerűbb egészségfejlesztési programok megvalósítására van szükség.** Az iskolai egészségfejlesztési programok elsődleges célja, hogy egyáltalán szóba kerüljenek a fiatalokat érintő és az aktuális, illetve jövőbeni egészségi állapotot meghatározó témakörök. A diákoknak ezek keretében mindenekelőtt azt a szókincset és problémaérzékenységet kell elsajátítaniuk, amelynek révén megvitathatják a vonatkozó problémákat, illetve erre is alapozva az egészségük fenntartását, illetve fejlesztését szolgáló magatartásmintákat tanulhatnak meg. **A cél az egészségműveltség és -tudatosság kialakítása.** Az iskolai egészségfejlesztésről szóló jelenlegi törvény a pedagógusokra

⁶⁶ Australian Government, Department of Health, i. m.: 11.

⁶⁷ Australian Government, Department of Health i. m.: 11., 12., 21.

terheli ennek a témának a feldolgozását. Azonban sem a nemzeti alaptanterv elvárásai, sem a pedagógusok felkészültsége nem teszik lehetővé, hogy a témákról az őket megillető mélységben és időtartamban legyen szó.⁶⁸

4.3.2.1. Valódi egészségnevelést! –

Korcsoportokra szabott egészségfejlesztő program a 3., a 7. és a 10. osztályban

A fentiekből kiindulva a közoktatás legalább 3 évfolyamán (3. 7. 10.) olyan programsorozatot (vagy akár projektheteket) kell indítani, amely **az egészség egyes, az adott korosztály számára releváns elemei kapcsán egy évben legalább 10 alkalommal biztosít lehetőséget külső szakemberek bevonásával interaktív foglalkozások megtartására.** A témák az önismereti és stresszkezelési tréningektől a helyes táplálkozáson, az alkohol- és drogprevención át az erőszak és a bullying kezeléséig, a szexuális edukációig és a digitális gyermekvédelemig húzódnak.

Nagyon fontos ebből a szempontból a jelen helyzet részletes leírása: jól látszik, hogy a **fiúk körében szinte minden egészséget közvetítő meghatározó tekintetében rosszabb a helyzet.** Ez a teljes életúton keresztül megfigyelhető, akár az orvoslátogatás, akár szűrővizsgálatokon való részvétel vagy az egészség-magatartásbeli tényezők tekintetében, ami aztán a megbetegedési és korai halálozási adatokban is megmutatkozik. Ennek a tudásnak az egészségnevelésbe is be kell épülnie. **A társadalmilag meghatározott nemi szerepekhez társuló minták, a betegséggel, gyengeséggel, kudarcral kapcsolatos elvárások, a megélhetési bizonytalanság terhe által okozott stressz feldolgozása azok a fontos témák, amelyek e körben befolyással bírnak az egészségmagatartásra.**

4.3.2.2. Teljesítménykényszer helyett szeretessük meg a mozgást! – Osztályzás helyett okoseszközök és élményalapú mozgáskultúra

A fenti egészségfejlesztési programok mellett a **fizikai aktivitás biztosítása is kulcsfeladat a közoktatás színterein.** Általános cél az iskolai udvarok és épületek ilyen irányú, pályázati úton történő fejlesztése, mindenekelőtt pedig a mindennapos mozgás valódi lehetőségének megteremtése és a mozgáskultúra fejlesztése.

A mindennapos testnevelés 2011-es bevezetése jó irányban tett lépés volt, de a megvalósításhoz szükséges eszközök biztosítása a mai napig nem megoldott: számos helyen nem áll rendelkezésre például tornaterem vagy más helyszín (edzőterem, uszoda stb.) a feladat ellátásához. Ennek biztosítása mellett **legalább ennyire fontos a megfelelő motiváció megteremtése révén a tartós mozgáskultúra kialakítása.** A cél nem az lenne, hogy az elfogadható osztályzat elérése érdekében kikényszerítsük a megfelelőnek tartott teljesítményt, hanem hogy a gyerekek életmódjába beépüljön a fizikai aktivitás szeretete, amely az iskolán kívüli életükben is elkíséri őket – bármilyen fizikai aktivitásé.

Ezért mindenekelőtt ismét **el kell törölni az osztályzást a testnevelésórakon!** A fizikai tevékenység ösztönzésére olyan motivációkat kell találni, amelyek illeszkednek a gyerekek igényeihez és hétköznapi tapasztalataikhoz. Ennek jó eszköze a **testnevelésóra gamifikációja (játék- és élményalapúvá tétele),** illetve a fizikai aktivitást mérő és a testfunkciókat monitorozó eszközök (okosórák) időről időre történő kiosztása a gyermekek között.

⁶⁸ Alapvető fontosságú például, hogy az iskolai egészségfejlesztés tematikája a 21. században magában foglalja a digitális gyermekvédelmet. A digitális kultúra teljesen behálózza gyermekeink életét a kora gyermekkortól kezdve, számos ponton hat az egészségi állapotra, akár annak fizikai vetületére (látás, testtartás, neurológiai hatások, krónikus fejfájás), szociális készségekre, mentális jóllétre (digitális bullying, vizuális ingerfeldolgozás, magatartásminták). A gyerekek és fiatalok sérülékenyek a digitális világ erejével szemben, ezért meg kell őket tanítanunk saját testi-szociális-mentális jóllétük megőrzésére. Magyarország Digitális Gyermekvédelmi Stratégiáját a kormány a 1488/2016. (IX.2.) Korm. határozattal fogadta el. Ez a dokumentum a médiatudatosságra helyezi a hangsúlyt, illetve felsorolja a legtipikusabb, az internethasználathoz köthető problémákat, valamint az ezekkel kapcsolatos, elsősorban jogi segítségnyújtás módozatait. Ez a koncepció azonban alapvetően a pedagógusi kar, illetve az iskolapszichológusok hatáskörébe tolja a digitális gyermekvédelemmel kapcsolatos felvilágosító feladatokat, egyben jogszabályi szinten a Nemzeti alaptanterv részévé teszi a témában való oktatást, eszközrendszer vagy korszerű módszertani támogatás azonban nincs a feladathoz rendelve.

A cél nem az lenne, hogy az elfogadható osztályzat elérése érdekében kikényszerítsük a megfelelőnek tartott teljesítményt, hanem hogy a gyerekek életmódjába beépüljön a fizikai aktivitás szeretete, amely az iskolán kívüli életükben is elkíséri őket.

4.3.2.3. Büntessük szigorúan az egészségtelen élelmiszerek árusítását az iskolákban!

Bár a kormány 2012-ben betiltotta a népegészségügyi termékadó hatálya alá tartozó káros élelmiszerek árusítását a büfékben és az iskolai automatákban,⁶⁹ a legutóbbi adatok alapján a korlátozást egyszerűen nem tartják be: a magas cukor- és sótartalmú, illetve alacsony tápértékű élelmiszerek aránya még mindig 70 százalékos volt az iskolai büfékben, és számos helyen továbbra is megtalálhatók a kínálatban a péksütemények, a csokoládé vagy a cukorka.⁷⁰ **Ezen a területen nincs más dolgunk, mint betartatni a jogszabályokat: szigorítani kell az ellenőrzést (akár az iskolaorvos kompetenciájába utalva a feladatot), a fenntartó pedig automatikusan bontson szerződést a korlátozást megszegő szolgáltatókkal!**

4.3.2.4. Egészséges Iskola Programot!

Az Egészséges Iskola Program bevezetése elsősorban azt szolgálja, hogy elinduljon a szemléletformálás, illetve a tudatosítás az egészség terén, iskolai szinten. Hasonlóan a Zöld Óvoda/Zöld Iskola Programhoz, ehhez a címhez is szükséges egyfajta **vizuális tartalom és megfelelő indikátor kidolgozása** (például az egészségfejlesztési tevékenységben részt vevő tanulók száma, az egészséggel kapcsolatos továbbképzésben részesült pedagógusok száma, a fizikai környezet egészséggel kapcsolatos elemeinek minősége (például mosdók felszereltsége, tisztasága, női higiéniaival kapcsolatos felelős és eszközök megléte, iskolai ebédlői környezet kulturáltsága stb.).⁷¹ **A pályázati formában elnyerhető támogatás az egészség megőrzésére irányuló fejlesztésekre legyen fordítható.**

4.3.3. EGÉSZSÉGES MUNKAHELYET!

A munkahely a 18–65 éves korosztály hétköznapjainaktalan legmeghatározóbb színhelye. A 21. század népegészségügye szempontjából ebből nem csupán az egészséges, biztonságos munkahelyi körülmények kialakítása, illetve a munkahelyi megbetegedések, üzemi balesetek megelőzése következik feladatként. **A munkahely a népegészségügyi prevenció kiemelt színtere, a munkaadó pedig – ideális esetben – a népegészségügy egyik legfontosabb szövetségese,** amelynek különösen nagy felelőssége van a munkavállalók egészségi állapotát befolyásoló kockázati tényezőkkel szembeni fellépésben. **A munkaadók ráadásul érdekeltek is ebben: „az egészség mint tőke” elvének érvényesítése nyilvánvalóan nemcsak az állam, hanem a munkáltatók szempontjából is sokszorosán megtérülő befektetés.** Az egészséges, vagyis teljes jóllétben élő munkavállalók termelékenyebbek, kevesebbet mennek táppénzre, és hosszabb távú foglalkoztathatóságukból adódóan a felhalmozódó tapasztalataikat is tovább lehet kamatoztatni.

⁶⁹ 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról.

⁷⁰ OGYÉI, 2018: 26.

⁷¹ Lásd EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001: A tudástárhoz szükséges indikátorfejlesztésről szóló módszertani kézikönyv.

A munkahely a népegészségügyi prevenció kiemelt színtere, a munkaadó pedig – ideális esetben – a népegészségügy egyik legfontosabb szövetségese.

4.3.3.1. Egészségügyi TAO-támogatást!

A munkáltató legkézenfekvőbb eszköze – a tisztességes munkakörülmények biztosításán túl – a **hatékony munkahelyi egészségprogramok szervezése**. Egy ilyen rendszer a személyre szabott egészségügyi tanácsadástól, tudásátadástól, az egészségtudatosság növelésétől a **munkahely fizikai, illetve mentális terheinek folyamatos ellenőrzésén át a rendszeres szűrőprogramok megszervezéséig terjed**. Ilyen típusú munkahelyi egészséggondozásra (például mobil szűrőállomások szolgáltatásainak igénybevételére) ma is akad példa – ám a magas költségek miatt ezek léte elsősorban az adott cégek tőkeerejétől függ, illetve attól, hogy a vezetőség felismeri-e ennek a befektetésnek a fontosságát. Vagyis nem létezik olyan közösségi szintű ösztönző, amely ilyen irányba terelné, illetve jutalmazná a munkavállalók egészségével törődő munkaadókat.

Vezessük be az egészségügyi TAO-támogatást! A komplex egészségmegőrző programot működtető, társasági adót fizető adózók az erre a célra költött összeget teljes egészében vonhassák le az adójukból (a jelenlegi TAO-támogatási rendszerben ez a befizetendő adó összegének 70 százalékáig vehető figyelembe)! Ez olyan típusú win-win helyzetet eredményezne, amelyben a kieső adóbevétel ellenére az állam ugyanúgy jól járna, mint a munkavállalói egészségébe fektető munkáltató – nem beszélve a közvetlen kedvezményezett munkavállalókról.

4.3.3.2. Vonjuk be az üzemorvosokat a prevencióba!

Növelni kell a foglalkozás-egészségügy hatékonyságát, **mindenekelőtt az üzemorvosoknak a prevenció tevékenységbe való bevonása révén**. Olyan minőségindikátor-rendszert kell bevezetni ezen a területen is, amely hozzájárul a foglalkozás-egészségügy színvonalának kiszámíthatóvá tételéhez – az üzemorvos feladata ne merüljön ki abban, hogy megállapítja a munkaalkalmasságot! A költséghatékonyság azt is megkívánja, hogy a **foglalkozás-egészségügy keretében végzett vizsgálatokról és azok eredményeiről legyen protokollszerű visszacsatolás a házi orvos irányában. Az üzemorvosnak emellett legyen lehetősége szükség esetén a közfinanszírozott egészségügybe utalni a betegeket! Ez a rendelkezésre álló kapacitások jobb kihasználását eredményezné**. Emellett a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokat a munkahelyi prevenció programokba is be kell vonni: például az üzemorvos feladatává tenni az oltási tájékoztatást, a más helyi szereplőkkel közös edukációs programban való részvételt, munkahelyi szűrés esetén a betegút feltérképezését és a beteg elindítását a rendszerben.

Az üzemorvos feladata ne merüljön ki abban, hogy megállapítja a munkaalkalmasságot!

4.3.3.3. „A munkahelyre visszük a szűrővizsgálatokat” programot!

A **„Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program**⁷² ma az ország hátrányos helyzetű településein élő, különösen magas egészségügyi kockázatoknak kitett lakosok számára kínál könnyebben elérhető szolgáltatásokat: szűrőbuszok kistelepüléseken végeznek méhnyak-, szájüregi, illetve szív- és érrendszeri rizikószűrést, valamint általános egészségfelmérés keretében többek között vérnyomás- és koleszterinmérést, a dohányzásról való leszokást segítő

⁷² Népegészségügyi prevenció Magyarországon, 2020.

vagy éppen táplálkozási tanácsadást. Ennek eddigi tapasztalatai is jól illusztrálják, milyen sokat számít a helyes egészségmagatartás költségeinek csökkentése, legyen szó akár az utazással töltött idő csökkentéséről, akár a helyi önkormányzatokkal közösen végzett információs kampányok hatásáról. **Az állam nagyban elősegíthetné a munkahelyhez mint az élet kiemelt színteréhez kötött prevenciót, ha kiterjesztené ezt a programot a munkahelyekre is, akár osztott költségvetéssel.** Ezen tevékenységek esetében össze kell hangolni a helyi szereplők munkáját (például: EFI, házi orvos bevonása annak érdekében, hogy a megfelelő életmód-programokon az érintett személy később valóban részt vegyen). Az új technológiák, mindenekelőtt a különféle hordozható és okoseszközök adta lehetőségek kiaknázása itt is hatásos lehet a személyes motiváció felkeltése és megtartása érdekében.

4.3.3.4. Vezessük be az Egészséges Munkahely Programot!

A Családbarát munkahely minősítés mintájára vezessük be az Egészséges munkahely márkát mint államilag támogatott programot, elsősorban az egészségi ártalmaknak különösen kitett gazdasági szektorokban, meghatározott tevékenységek és indikátorok alapján! A munkavállalók egészségére sokféle módon lehet figyelni, szűrések szervezésével, az adott munkahelyen jellemző kockázatok miatt jelentkező konkrét egészségi problémákra fókuszálva (például irodai munkavégzés esetén a gerinc egészségét megőrző programok stb.), egészségnapok megtartásával, a rekreáció elősegítésével. A családbarát munkahelyi körülmények támogatása mellett az ilyen jó gyakorlatok ösztönzése is az állam elsődleges érdeke, amelyre megéri forrásokat fordítani.

4.3.4. EGÉSZSÉGES IDŐSKORT!

A már nem aktív korú népesség egészségének megőrzése ugyanolyan fontos feladat, mint a fiatalabbaké. **Mind saját magunk, mind a társadalom számára hasznos, hogy idős korban is megőrizzük fizikai erőnket, szellemi tisztaságunkat.** Ezért a 65+ korosztály esetében is szükség van a közösségi egészségfejlesztésre, a testmozgás elősegítésére, az egészséges életmód, a mentális jóllét, illetve

krónikus megbetegedés esetén a megfelelő életminőség minél tartósabb fenntartására.

4.3.4.1. Telemonitoring – okoseszközökkel vigyázzunk az idősekre!

Az idősek esetében kiemelten fontos az **egészségi állapotra vonatkozó adatok rendszeres nyomon követése, gyűjtése és kiértékelése.** Az egészségmonitorozás nemcsak a már kialakult betegségek terápiájában, illetve a rehabilitáció során, de a megelőzésben és az egyénre szabott egészségtervek kidolgozásában is kulcsszerepet játszik. A technológiai fejlődésnek köszönhetően a különféle telemonitoringeszközök (a testi működés funkcióit a távolból valós időben megfigyelő, illetve ezeket kiértékelő szenzorok és infokommunikációs rendszerek) a hagyományos orvos-beteg találkozónál jóval hatékonyabban és személyre szabottabban képesek ellátni ezt a feladatot.

A páciensnek ma már nem kell elmennie a házi orvoshoz vagy a rehabilitációs klinikára, hogy megmérjék a vérnyomását, a véroxigénszintjét vagy hogy EKG-t készítsenek neki – ezeket a szolgáltatásokat már jó ideje a távolból is biztosítani lehet. Az egészségi állapotban bekövetkező bármilyen releváns változás azonnali észlelése a gyors és hatékony segítségnyújtást is megkönnyíti: **az okoseszközök, állapotmérő és vészjelző karórák az eszméletvesztésről, elesésről is azonnal jelzést tudnak küldeni a megfelelő helyre.** Ehhez ráadásul már emberi személyzet állandó felügyeletére sincs szükség – a rendellenes esemény azonosítására és a vészjelzés továbbítására ma már a mesterséges intelligencia is képes. A nemzetközi tapasztalatok alapján egy jól működő telemonitoring-rendszer nem csupán a szükséges beavatkozások szempontjából hatékonyabb, de jelentősen csökkenti a szükségtelen kórházlátogatásokat vagy a sürgősségi ellátás leterheltségét, emellett különösen nagy segítséget jelent azoknak, akik az ellátóhelyektől távol élnek, és esetleg nagy teher számukra az utazás.

A páciensnek ma már nem kell elmennie a háziorvoshoz vagy a rehabilitációs klinikára, hogy megmérjék a vérnyomását, a véroxigénszintjét vagy hogy EKG-t készítsenek neki – ezeket a szolgáltatásokat már jó ideje a távolból is biztosítani lehet.

Éljünk mi is az új és egyre olcsóbb okoseszközök adta lehetőségekkel! **2025-ig építsük ki az idősök, rehabilitáció alatt állók és más kockázati csoportok telemonitoring-rendszerét – elsőként a hátrányos helyzetű, az ellátórendszer által hiányosan lefedett területeken, majd az ország egészében!** Ehhez a területileg differenciált igényfelmérésen, a megfelelő okoseszközök állami beszerzésén, az adatfeldolgozó kapacitások kiépítésén és a protokollok kidolgozásán túl tesztprogramok lebonyolítására, mindenekelőtt pedig az érintett csoportoknak és az alapellátás szereplőinek a felkészítésére is szükség van.

4.3.4.2. Okosotthon – alanyi jogon járó távgondozást az időseknek!

Az új infokommunikációs eszközök az idősgondozásban és a prevencióban is új távlatokat nyitnak. **A svédországi Västeras város önkormányzata például 2012-ben vezette be az alanyi jogon járó, térítésmentes (ott az önkormányzat által finanszírozott) távgondozást.**⁷³ Ennek keretében a programban részt vevő idősök otthonát különböző digitális eszközök felszerelésével tették alkalmassá arra, hogy a távolból tudják figyelemmel követni az egészségi állapotuk alakulását és a gyógyszersedésüket, vagy éppen kezelni tudják az otthoni balesetek kockázatát. Más programok keretében Finnországtól az Egyesült Államokig a távgondozás részévé tették a nagyobb biztonságot (betörésvédelem, digitális ajtózáró és -nyitó rendszer, az

otthoni balesetek kockázatának felmérése és a lakóhely ez alapján történő átalakítása), a szociális kapcsolatok ápolását és az elmagányosodás mérséklését (telekommunikációs eszközök, szórakozás és családi kapcsolattartás biztosítása), vagy éppen az éjjel-nappali telefonos ügyeletet. A nemzetközi tapasztalatok alapján **a távapolást segítő okosotthonok kialakítása és fejlesztése tehermentesíti a társadalom előregedésével egyre túlterheltebbé váló ellátórendszert, segíti az idős rokonaikat ápoló családtagokat, és főként nagyban hozzájárul az idősök életminőségének javulásához.** Hasonló megoldásokkal már hazánkban is kísérleteznek az utóbbi években, de egyelőre csak a kis létszámú tesztprojektek és az igényfelmérés szakaszában tartunk.⁷⁴

A távapolást segítő okosotthonok kialakítása és fejlesztése tehermentesíti a társadalom előregedésével egyre túlterheltebbé váló ellátórendszert, segíti az idős rokonaikat ápoló családtagokat, és főként nagyban hozzájárul az idősök életminőségének javulásához.

2030-ra Magyarországon is biztosítsuk az alanyi jogon járó, államilag finanszírozott távapolást! Az egészségfejlesztési irodák tevékenységének ilyen irányú bővítése új tartalommal tölthetné fel ezeket a ma alig kihasznált intézményeket, de a magánszolgáltatók mint partnerek bevonása is növelhetné a gondozási és prevenciószolgáltatások hatékonyságát és fejlődését. Fontos szem előtt tartani, hogy tipikusan olyan beruházásról beszélünk, amelynek magas a kezdeti költségigénye, hosszú távon azonban sokszorososan megtérül – ez indokolja a bevezetés fokozatosságát.

⁷³ Jeneiné Rubovszky, 2019: 79.

⁷⁴ Lásd az Idősügyi Infokommunikációs Program projektjeiről szóló leírást: Jeneiné Rubovszky, i. m.: 85–90.

4.3.5. EGÉSZSÉGES LAKÓKÖRNYEZETET, TÁMOGATÓ KÖZÖSSÉGEKET!

A helyi környezet megváltoztatása önmagában is nagyban hozzájárulhat az egyéni egészségmagatartás javulásához. E téren a fő eszköz a közösségi terek egészségi fókuszú tervezése és szervezése, elsősorban azokon a területeken, amelyeken a leginkább sérülékeny csoportok élnek. Ez jelenti a fizikai aktivitás lehetőségeinek megteremtését, a marginalizálódó városrészek feltámasztását fesztiválok, szabadtéri piacok vagy más gazdasági lehetőségek kialakítását (például a kicsi, induló családi üzletek támogatásával) vagy éppen az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőbbé tételét. Ezen a területen bővíteni kell a már létező, az EU által támogatott városfejlesztési projektet, az Urbact Programot,⁷⁵ de az államnak saját forrásból finanszírozott programokat is érdemes ennek szentelnie.

4.3.5.1. Zöld sugárutakat!

Az Egyesült Államokban és Európa számos országában a településfejlesztésben az elmúlt egy-két évtizedben egyre nagyobb teret kap az úgynevezett „greenway”-ek (zöld folyosók, zöldutak, zöld sugárutak) koncepciója. Ezek olyan nyitott, természetes útvonalak vagy összefüggő parkterületek, amelyek mintegy folyosóként vagy természetes sugárútként kötnek össze egymással városokat (létezik ilyen például Párizs és London vagy éppen Krakkó és Bécs között), rekreációs helyszíneket vagy éppen ugyanazon városon belüli különböző lakónegyedeket, parkokat. A zöld sugárutak lehetnek zöldövezetben kiépített bicikliutak, folyók, patakok vagy elhagyott vasútvonalak mentén kialakított sétálóutak, illetve fásított, a közúti közlekedéstől elválasztott, széles városi sétányok. Az ilyen közlekedési opciók egyszerre teremtik meg a motivációt és a lehetőséget a több testmozgásra, illetve a zöldfelületek rekreációs célú használatára, ami a testi állapotjavulás mellett a mentális jóllétre, az egyéni elégedettségre is kedvezően hat, ráadásul ösztönzi a természetes környezet állapotának megőrzését

és fejlesztését.

A kétezres évek eleje óta Magyarországon is akadnak sporadikus (főként civil) kezdeményezések zöld sugárutak kialakítására,⁷⁶ azonban a mai napig nem használtuk ki az ebben rejlő lehetőségeket. Az állam a lehetőségeket és eszközöket felmérő, hosszú távú fejlesztési stratégia kidolgozását követően, az önkormányzatok és a civil szervezetek ösztönzése, pályázatok és célzott támogatások révén segítse a zöld sugárutak kialakítását! Tűzzük ki célul, hogy 2030-ra minden évben legalább 100 kilométernyi zöld sugárút épüljön Magyarországon!

A zöld sugárutak lehetnek zöldövezetben kiépített bicikliutak, folyók, patakok vagy elhagyott vasútvonalak mentén kialakított sétálóutak, illetve fásított, a közúti közlekedéstől elválasztott, széles városi sétányok.

4.3.5.2. Teremtsünk konkurenciát a kocsmának – népegészségügyi szemléletű közösségi tereket!

Legalábbennyire fontos a helyi közösségi terek létrehozása és működtetése is, akár a művelődéshez, a sporthoz vagy más szabadidős tevékenységekhez kapcsolódóan. A fő cél a társadalmi tőke – a bizalom és a kapcsolati háló – növelése, ami a társadalmi meghatározottságokkal számoló egészségfejlesztés alapja. Minden korosztály számára meg kell teremteni az együttlét, a közös élmény lehetőségeit – ezáltal lehet javítani az egészségi mutatókon is. Ha például hatni szeretnénk a megfelelő étkezési szokások kialakítására, akkor nem hagyhatjuk, hogy a helyi gyorsétterem vagy pláne a kocsmá legyen az egyetlen hely, ahol a kamaszok vagy az idősebbek találkozni tudnak.

⁷⁵ Egészséges Városok Kárpát-medencei Egyesülete.

⁷⁶ Lásd például Bárcziné Kapovits, 2014, illetve a Zöldutak Módszertani Egyesület honlapját: <https://zoldutak.hu>.

A közösségi térnek éppen ezért reflektálnia kell a szükségletekre – orvosi rendelőbe, kórházban működő egészségfejlesztési irodába nem tudunk tömegeket vonzani. Épp ezért ezen a területen **kiemelten nagy az önkormányzatok és a megfelelően megerősített egészségfejlesztési irodák szerepe**, amelyek rendelkeznek a szükséges információkkal arról, hogy az adott helyen a hátrányos helyzetű gyermekek számára rendezett éjszakai pingpongverseny, a nemzetiségi önkormányzat által szervezett hétvégi túrák, a közösségi társasjáték-események vagy esetleg egy virtuális valóságban játszott játékokhoz való ingyenes hozzáférést biztosító közösségi tér-e a

legalkalmasabb eszköz. Az államnak elsőrendű érdeke, hogy minden eszközzel segítse az ilyen helyi kezdeményezéseket.

Minden korosztály számára meg kell teremteni az együttlét, a közös élmény lehetőségeit – ezáltal lehet javítani az egészségi mutatókon is.

I 4.4. NYÚJTSUNK VÉDELMEET A SZEGÉNYEKNEK!

Ha az egészség társadalmilag meghatározott, vagyis szoros összefüggést mutat a társadalmi és jövedelmi helyzettel, a szociális biztonság erősítése az egyik legfontosabb beavatkozási terület. **Mindenekelőtt el kell fogadni, hogy megfelelő lakhatási körülmények nélkül nincs egészség;** ehhez kapcsolódóan alapvető fontosságú a **hidegnek, illetve általában az egészségtelen lakáskörülményeknek való kitettség mérséklése és a lakhatási szegénység megoldása.**

(A lakhatási szegénység problémájával az Egyensúly Intézet a közeljövőben külön szakpolitikai javaslatcsomagban fog foglalkozni.)

Nem lehet eléggé hangsúlyozni: **a szegénység nem azonosítható a jövedelmi szegénységgel. Komplex, a lehetőségeket és az esélyeket az élet minden területén korlátozó állapotról és életmódról beszélünk, amelynek csupán egyetlen apró szeletét alkotja az, hogy valakinek nincs a méltó emberi élet finanszírozásához elegendő pénze.** A társadalmi stigmatizáltság, a mobilitási lehetőségek hiánya, a minőségi szolgáltatásokhoz vagy akár az információkhoz való hozzáférés korlátai, a kapcsolati tőke szűkössége és számtalan egyéb tényező legalább ennyire fontos eleme a szegénységi csapda összetett társadalmi jelenségének. Ezt figyelembe véve is érvényes azonban, hogy **a jövedelmi szegénység enyhítése már önmagában is számos lehetőséget megnyit** – akkor is, ha a szegénység felszámolásához még nem elégséges. A megfelelő fűtés, a ruházkodás, az egészségesebb táplálkozás, a szűrésekre való

eljutás vagy éppen a rekreáció mind pénzbe kerül, miközben az állandó pénztelenség, az alapvető szükségleti cikkek, illetve a létbiztonság hiánya miatti stressz és szorongás már önmagában ártalmas az egészségre. Ezért ha valahol el akarjuk kezdeni a legszegényebb – és a fő egészségi kockázatoknak leginkább kitett – magyarok helyzetének javítását, a legalapvetőbb szükségleteket fedező anyagi erőforrások biztosítása megkerülhetetlen első lépés.

Ha valahol el akarjuk kezdeni a legszegényebb – és a fő egészségi kockázatoknak leginkább kitett – magyarok helyzetének javítását, a legalapvetőbb szükségleteket fedező anyagi erőforrások biztosítása megkerülhetetlen első lépés.



Az Egyensúly Intézet *Hogyan csökkentjük a szegénységet?* című javaslatcsomagjában részletesen foglalkozott a szociális transzferek rendszerének hatékonyabbá tételével. Ennek fő célja az, hogy **egy jobban célzott, alacsony bürokratikus költségekkel működtetett rendszerben**

minden polgár legalább a létminimum mindenkori szintjét elérő jövedelemhez jusson, amely lehetővé teszi a méltó élet legalapvetőbb költségeinek fedezését. Az alábbiakban csak vázlatosan soroljuk fel ezeket a javaslatokat – azok részletes alátámasztása az eredeti háttér tanulmányban olvasható.

4.4.1. SEGÉLYEK LABIRINTUSA HELYETT EGYSÉGES, AUTOMATIKUSAN JÁRÓ ALAPJUTTATÁST!

Minden magyarországi szegény, aki a létminimum alatt él, automatikus alapjuttatásban részesüljön! 2030-ra ez a fix összegű havi juttatás érje el az akkori létminimum szintjét (ez ma mintegy 100 ezer forint)! Ez lenne az a minimális összeg, amelynél alacsonyabb jövedelmi szintre egyetlen magyart sem engedhetünk visszaesni, hogy elkerülhessük a szegénység csapdájába való tartós beszorulás veszélyét. Az alapjuttatás havi nettó 50 ezer forintos szintről indulva fokozatosan, 2030-ra érnie el a létminimum akkori szintjét (ez akkor várhatóan meg fogja haladni a mai százezres határt). Ezt követően az összeget fokozatosan indexáljuk (emeljük), a létminimum változásához igazítva. A nettó 50 ezer forintos alapjuttatást minden magyar felnőtt állampolgár automatikusan megkapja, amennyiben az összjövedelme – legyen szó munkajövedelemről, tőkejövedelemről, vállalkozási bevételről, egészségkárosodási vagy más juttatásokról – nem éri el a létminimum szintjét.

Az alapjuttatás mellett, átalakított formában csak két, speciális élethelyzetekre szabott segélyforma maradna meg:

-  A jelentős egészségügyi problémával tartósan együtt élőket továbbra is külön kell megsegíteni, hiszen ezen társadalmi csoportoknál az állam nem várhatja el, hogy képesek legyenek magukat (munkából) fenntartani.
-  Emellett nélkülözhetetlen egy általános krízissegély megtartása is, amely nem tárgyhoz kötött, és gyorsan, rugalmasan (főleg, de nem kizárólag) pénzben adható, a segítő bizalmi felhatalmazásával, utólagos ellenőrzés mellett.

4.4.2. VEZESSÜK BE A GYERMEKEK UTÁN JÁRÓ ALAPJUTTATÁST!

A felnőtteket célzó alapjuttatás mellett külön támogatási formát kell bevezetni a rászoruló családokban élő gyermekek létbiztonságának és kiegyensúlyozott nevelkedésének biztosítása céljából. Ezért **lengyel mintára vezessünk be a gyermeket nevelőket, eltartókat segítő, feltétel nélküli alapjuttatást**, járulékmentesen és a háztartás bevételeitől függetlenül! Ez a juttatás egységesen, jövedelmi helyzettől és gyermekszámtól függetlenül minden családnak járjon! **Összege a mindenkori létminimum fele lenne gyermekenként (ma nagyjából havi 50 ezer forint). A gyermekek után járó alapjuttatás felváltaná a jelenlegi családi pótlék rendszerét** (a CSED-et, a GYES-t és a GYED-et azonban nem), és a gyermek nagykorúságáig járna, kivéve ha a gyermek már korábban a létminimumnál magasabb jövedelemre tesz szert.

4.4.3. VEZESSÜNK BE MINDEN NYUGDÍJASKORÚNAK JÁRÓ ALAPNYUGDÍJAT!

Az alapjuttatás mintájára az időseket érintő szegénység elleni küzdelem legalapvetőbb lépéseként **minden nyugdíjasnak biztosítsuk a méltányos életszínvonalat biztosító alapnyugdíjat, egyéb jövedelmeitől vagy korábbi járulékbefizetéseitől függetlenül!** Az alapnyugdíj a jelenlegi nyugellátások kiegészítésével jönne létre, költségvetési forrásból. **Az alapnyugdíj összege a létminimum mindenkori összegével egyezzen meg, a továbbiakban évente végrehajtott (a létminimumhoz kötött) indexálással.** (A nyugdíjrendszer átalakításának módjáról az Egyensúly Intézet korábbi, *Hogyan legyünk gazdagabbak?* című javaslatcsomagjában írtunk részletesebben.)

4.4.4. AUTOMATIZÁLJUK A RÁSZORULTSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁT ÉS A JUTTATÁSOK KIUTALÁSÁT!

Az állami segélyrendszer fő elemeit, a kérvényezést, a rászorultság megállapítását és a juttatások kiutalását is automatizálni kell! A jogosultság megállapításához

az államnak minden adat a rendelkezésére áll – ezért az alapjuttatást ne az állampolgárnak kelljen kezdeményeznie és igazolnia! Ehelyett a jogosultságot – az szja-tervezet automatikus előkészítéséhez hasonlóan – automatizáltan állapítsák meg! Ehhez be kell vezetni a piaci és szociális jövedelmek, juttatások egységes hatósági nyilvántartását. A szociális jövedelmek megállapítását és kiutalását a NAV végezze! Annak ma is létező adatbázisával kell összekapcsolni az egyéb illetékes

hivatalok, minisztériumok adathalmazait. Összességében minél kevesebb segélyezési elemet kössünk ellenőrzött feltételekhez, és minél többet az adatbázisunkból kiolvasható, automatikus feltételekhez! Emellett szorítsuk vissza a szubjektívan ellenőrzött feltételeket, ami nemcsak a gyorsaság és a bürokráciacsökkentés, de egyben a potenciális visszaélések elkerülése okán is fontos feladat.

I 4.5. SEGÍTSÜK AZ ÁLLÁSKERESÉST!

A tartós állástalanság, kiszolgáltatottság és pénztelenség, illetve az álláskeresővel vagy a bizonytalan, rosszul fizető állásajánlat kényszerű elfogadásával együtt járó stressz és szorongás mind a mentális, mind a fizikai egészségi állapotra nézve romboló hatású – ezt a hatást igazolják többek között a fent ismertetett, a mentális egészségügyi kockázatokat ismertető adatok is. Ezért a következő pontokban az **Egyensúly Intézet *Hogyan legyen mindenkinek munkája?* című szakpolitikai javaslatcsomagjának a hatékonyabb álláskeresői rendszer kialakítására vonatkozó elemeit** foglaljuk össze – azok részletes alátámasztása az eredeti háttér tanulmányban olvasható. E javaslatok elsődleges célja az, hogy megfelelően célzott közösségi befektetesként elősegítsék ne csupán a minél gyorsabb, de a minél tartósabb, illetve jobb állásokban történtő munkába állást.

A tartós állástalanság, kiszolgáltatottság és pénztelenség, illetve az álláskeresővel vagy a bizonytalan, rosszul fizető állásajánlat kényszerű elfogadásával együtt járó stressz és szorongás mind a mentális, mind a fizikai egészségi állapotra nézve romboló hatású.

4.5.1. EMELJÜK 10 HÓNAPRA AZ ÁLLÁSKERESÉSI JÁRADÉK FOLYÓSÍTÁSÁNAK IDŐTARTAMÁT!

Az elmúlt bő évtizedben Magyarországon egyetlen negyed-év (2020 második negyede) kivételével egy álláskeresőnek átlagosan mindig jóval több mint tíz hónapig tartott új munkahelyet találni – bár a gazdaság fellendülésével a szám folyamatosan csökkent, volt olyan időszak, amikor ez tizenkilenc hónapnál is több időbe került.⁷⁷ Épp ezért az álláskeresői járadék maximális hosszát 3 hónapról 10 hónapra kell emelni, hogy a jogosultsági időtartam jobban megközelítse a munkanélküliség reális időtartamát, és valódi segítséget jelenthessen az álláskereső ideje alatt.

4.5.2. LEGYEN A NETTÓ MINIMÁLBÉR 90 SZÁZALÉKA AZ ÁLLÁSKERESÉSI JÁRADÉK ÖSSZEGÉNEK ALSÓ HATÁRA!

A túl nagyvonalú pénzbeli juttatás sokszor a hatékony álláskereső ellen ösztönözhet, ám a túl alacsonyan megállapított összeg nagyon gyorsan mélyszegénységbe sodorhatja az álláskeresőt. Ezért a nettó minimálbér 90 százalékában kell megállapítani a jogosultsági idő alatt folyósítható járadék minimális nettó összegét. Vagyis erre az időszakra az is ekkora összeget kapjon, akinek korábbi járulékfizetései alapján ma nem járna ennyi.

⁷⁷ KSH, 2021.

4.5.3. A TARTÓS MUNKAVISZONNYAL NEM RENDELKEZŐK IS LEGYENEK JOGOSULTAK AZ ÁLLÁSKERESÉSI JÁRADÉKRA!

5 hónapig csökkentett összegű (a nettó minimálbér 90 százalékának megfelelő) járadékra való jogosultságot kell ajánlani azoknak az álláskeresőknél, akiknek korábban nem volt a jogosultsághoz elegendő munkaviszonyuk. Ez a juttatás egyfajta munkapiaci integrációs hitelként működne: a hosszú távú álláskeresői járadékot megfelelő időtartamú korábbi munkaviszony híján igénybe vevők az elhelyezkedésüket követő legfeljebb 10 hónapig magasabb társadalombiztosítási járulékot fizetnének.

I 4.6. ESÉLYTEREMTŐ KÖZOKTATÁST!

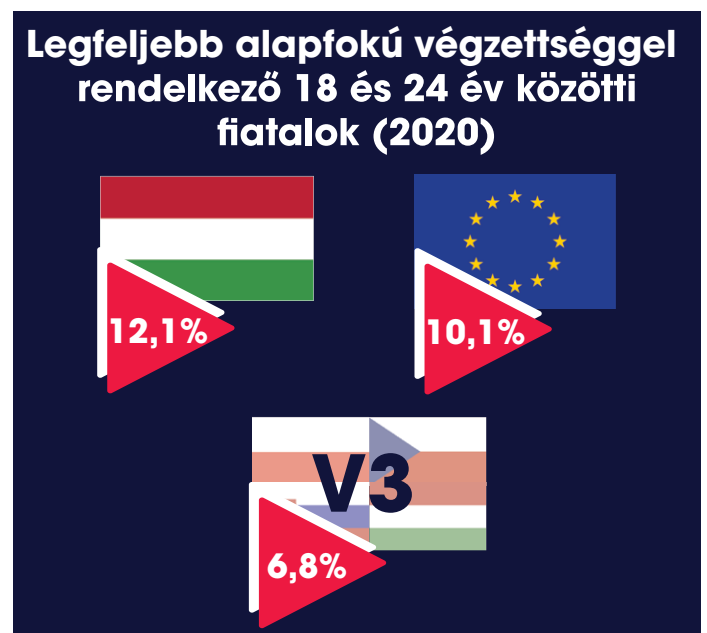
A számokból világosan látszik, hogy a szegénység és az iskolázottság, illetve a társadalmi háttér és a rossz iskolai teljesítmény egymással szorosan összefüggő jelenségek. Míg például az OECD-országokban a társadalmi-jövedelmi státus a PISA-teszteken megmutatkozó szövegértési, természettudományi és matematikai készségek közötti különbségek átlagosan 12,9 százalékát magyarázza, hazánkban ez az arány 20 százalék.

Az egyenlő induló feltételek megteremtése, a szegénységből való kitörés lehetővé tétele tehát elsősorban a közoktatás feladata. **Általánosan elérhető, jó minőségű és az esélykülönbségeket ellensúlyozó közoktatást kell teremteni, amely társadalmi háttértől függetlenül mindenki számára megadja a tehetsége kibontakoztatásának és a felemelkedésnek a lehetőségét.** (Az Egyensúly Intézet a *Hogyan legyünk okos nemzet?* című szakpolitikai javaslatcsomagjában foglalkozott a közoktatás általános megújításával, illetve esélyteremtő funkciójának erősítésével.)

4.6.1. A TANKÖTELEZETTSÉGI KORHATÁR LEGYEN ISMÉT 18 ÉV!

A középiskolából lemorzsolódó fiatalok aránya ma kiugróan magas Magyarországon: **2020-ban 12,1 százalék volt azoknak a 18 és 24 év közötti fiataloknak az aránya, akik legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkeznek és nem vesznek részt semmilyen további képzésben, oktatásban.** Ezzel szemben az európai uniós átlag kerekén 2 százalékponttal alacsonyabb (10,1 százalék), míg

a Magyarország nélkül számolt visegrádi átlag mindössze 6,8 százalékos (jelenleg csak Bulgáriában, Máltán, Olaszországban, Romániában és Spanyolországban rosszabb a helyzet, mint hazánkban). Ez az elsősorban a hátrányos helyzetű fiatalokat érintő probléma hazánkban szorosan összefügg a közoktatás esélyteremtő funkciójának problémáival, illetve a tankötelezettségi korhatár 16 évre csökkentésével (az adatokból jól látszik, hogy 2013 után a lemorzsolódás a 16–17 évesek körében nőtt a leginkább).⁷⁸ Ezekből a fiatalokból lesznek a legnehezebben foglalkoztatható munkavállalók, akik jellemzően tartósan beleragadnak a munkanélküliség csapdájába, illetve legjobb esetben is legfeljebb közmunkából vagy idegymunkából tudják eltartani magukat.



⁷⁸ Fehérvári, 2015.

Ennek a szociális és nemzetgazdasági szempontból is tragikus jelenségnek a visszaszorítása érdekében **ismét 18 évre kell emelni a tankötelezettségi korhatárt**. Emellett hosszú távon célul kell kitűzni, hogy egyetlen magyar gyermek se hagyhassa el legalább középfokú végzettség nélkül a közoktatás rendszerét.

4.6.2. LEGYEN EGYSÉGESEN 8 OSZTÁLYOS AZ ALAPFOKÚ KÉPZÉS!

A társadalmi különbségekből adódó esélyhátrányok ellensúlyozása érdekében **csökkenteni kell a tanulási utak szétválási csomópontjainak számát, és időben is ki kell tolni azokat: egyszerűbben szólva meg kell előzni, hogy a különböző társadalmi háttérű gyerekek elszigetelődjenek egymástól**. Ezért az alapfokú oktatás időtartama **egységesen 8 év legyen; ez idő alatt ne legyen lehetőség a teljesítményalapú kiválasztásra és a tanulói utak**

szétválasztására! Emellett az iskolák teljesítményértékelési rendszerében meghatározott paraméterek alapján plusz pontokkal kell „jutalmazni” a heterogén közeget vagy akár mínusz pontokkal „szankcionálni” a homogén elit környezetet.

Általánosan elérhető, jó minőségű és az esélykülönbségeket ellensúlyozó közoktatást kell teremteni, amely társadalmi háttértől függetlenül mindenki számára megadja a tehetsége kibontakoztatásának és a felemelkedésnek a lehetőségét.

I 4.7. HUSZONEGYEDIK SZÁZADI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERT!

A mai magyar népegészségügyi rendszer széttagolt és erőforráshiányos, jelenlegi szervezeti formájában pedig nem alkalmas arra, hogy ellássa a valódi célját. Összekeverednek benne a különféle hatáskörök, a hatósági, illetve a prevenciós-egészségfejlesztő szolgáltatói funkciók, ráadásul nem áll rendelkezésre olyan elemző-kutatói kapacitás, amely egy korszerű, az új kihívásokhoz alkalmazkodni és az új kutatási, illetve technológiai eredményeket alkalmazni képes népegészségügy munkáját támogathatná. Emellett annak ellenére, hogy az utóbbi években számos jó kezdeményezés történt (ezek közül többre ebben a tanulmányban is hivatkoztunk), ma sem megoldott a szinte minden szakpolitikai döntéssel érintkező népegészségügyi szempontok megfelelő szintű megjelenítése az állami döntéshozatalban.

4.7.1. EGÉSZSÉGHA-TÁSVIZSGÁLATOT MINDEN SZAKPOLITIKAI DÖNTÉSHEZ!

Az emberek egészségét társadalmi, gazdasági, kulturális és egyéb tényezők sokasága befolyásolja. Ennek megfelelően az adózástól a várostervezésen át az újraelosztási kérdésekig alig akad olyan szakpolitikai terület, amely legalább közvetve ne lenne hatással a népegészségügyre. A népegészségügy megújulásának legfelső szintű biztosítója az, ha a prevenciós és egészségfejlesztési szempontok a jogalkotás és a kormányzati munka szintjén is kellő súllyal jelennek meg.

Ezért az „egészséget minden politikába” elv érvényesítése érdekében **minden parlamenti és kormányzati döntéshez készüljön nyilvánosan elérhető hatástanulmány, amely felméri az adott döntés egészségügyi hatásait, illetve szakpolitikai javaslatokat tesz az esetleges**

káros egészséghatások mérséklése céljából! Az előzetes hatásvizsgálatot és javaslatot utánkövetésnek és a valós tapasztalatok kiértékelésének, illetve ha szükséges, korrekciós javaslatoknak kell kiegészítenie.

4.7.2. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI TANÁCS SEGÍTSE A KORMÁNY MUNKÁJÁT!

A jogalkotók munkáját a világ számos országában segítő, illetve ellenőrző, független költségvetési tanácsadó szervek és klímatanácsok mintájára **hozzunk létre az Országgyűlés mellett működő Népegészségügyi Tanácsot!** Az intézmény elismert népegészségügyi szakemberekből állna, saját személyi apparátussal, költségvetéssel és közjogi jogositványokkal. Prevenációs és egészségfejlesztési szempontból véleményezné és támogatná a jogalkotás folyamatát, elkészítené az egészséghatás-vizsgálatokat, illetve önálló javaslatokat tenne az Országgyűlésnek és a kormánynak a kiemelt fontosságú népegészségügyi célok elérésének új eszközeivel és lehetőségeivel kapcsolatban.

4.7.3. ADATALAPÚ DÖNTÉSHOZATALT, HÁLÓZATOS NÉPEGÉSZSÉGÜGYET!

Egy korszerű népegészségügyi rendszer intézményi kereteinek kialakítása csak gondos szakmai előkészítés és hosszú távú építkezés révén lehetséges. Ennek legfontosabb eleme **a Nemzeti Népegészségügyi Központ újjászervezése és megerősítése**, az intézmény céljainak, feladatainak és hatásköreinek pontos tisztázása. **Az NNK-nak rendelkeznie kell azokkal az anyagi, szakmai és emberierőforrás-kapacitásokkal, amelyek lehetővé teszik az egészségvédelmi és egészségfejlesztési funkciók megfelelő ellátását.** A különféle hatósági-felügyeleti funkciók ellátásának nem szabad elvonnia az erőforrásokat a bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztő programok tervezésétől és végrehajtásától, az adatalapú egészségügyi döntéshozatal támogatásától, a külföldi jó gyakorlatok kutatásától és magyar viszonyokra adaptálásától.

A modern népegészségügy csakis a különféle tudásközpontok és kutatói kapacitások hálózatában képzelhető el.

A bizonytételalapú programalkotás érdekében biztosítani kell az NNK megfelelő adatellátottságát, valamint az adatok feldolgozásához szükséges szervezeti, anyagi és emberi kapacitásokat. Ehhez még csak nincs is feltétlenül szükség saját adatbázis kiépítésére és működtetésére: **az NNK erre létrehozott kutatócsoportjának csatlakoznia kell a Global Burden of Disease nevű nemzetközi kutatói együttműködéshez**, amely több száz betegsége, kockázati tényezőre és balesetre vonatkozóan gyűjti az adatokat a világ minden tájáról – köztük Magyarországról is. A GBD-vel a világ számos egészségügyi rendszere működik együtt intézményileg már ma is, Brazíliától Kínáig, Indiától az Egyesült Királysáig.

Legalább ennyire fontos, hogy **az NNK-nak és területi irodáinak szoros együttműködésben kell dolgozniuk a helyi szakmai műhelyekkel** (egyetemekkel, kutatócsoportokkal, a praxisközösségekkel és más szakmai szervezetekkel) a releváns tapasztalatok és szakmai tudás minél szélesebb körű becsatornázása és hasznosítása érdekében. A modern népegészségügy csakis a különféle tudásközpontok és kutatói kapacitások hálózatában képzelhető el.

Annak ellenére, hogy az utóbbi években számos jó kezdeményezés történt, ma sem megoldott a szinte minden szakpolitikai döntéssel érintkező népegészségügyi szempontok megfelelő szintű megjelenítése az állami döntéshozatalban.

ZÁRSZÓ

A fentiekben nem arról esett szó, mit tehet az állam, amikor az emberek már megbetegedtek. Nem azért, mintha a betegutak szervezése, az orvosberek, a kórházak felújítása vagy a mentőautók beszerzése ne lenne kulcsfontosságú probléma. Hanem azért, mert még ezeknél is fontosabb, hogy a magyaroknak lehetőleg el se kelljen jutniuk az ellátórendszerbe. **Az elmúlt évtizedekben túlságosan megszoktuk, hogy az állam nem fordít elég pénzt az egészségünkre – hogy aztán sokkal többet költson a betegségeinkre.** Az egészségügyről szóló vitáink túl sokáig valójában a betegségekről szóltak. Kezdjük el végre többet beszélni arról, hogy hogyan válhatunk egészséges nemzeté!

Az elmúlt évtizedekben túlságosan megszoktuk, hogy az állam nem fordít elég pénzt az egészségünkre – hogy aztán sokkal többet költson a betegségeinkre.

Az egészségbe és általában az emberi erőforrásokba való befektetés mint stratégiai cél helyességéről ma már nemigen zajlanak viták. Sőt, azt is adatok tömege támasztja alá, hogy ez a befektetés valóban sokszorosan megtérül a gyakorlatban. A társadalomkutatók az utóbbi néhány évtizedben kiemelten sokat foglalkoztak az egészségügyi beavatkozások, azokon belül is a prevenció fókuszú népegészségügyi programok költség-haszon elemzésével. Ma már könyvtárnyi irodalma van a kérdésnek, hogy **adott összeg elköltése a prevenció területén milyen típusú és milyen arányú megtérülést eredményez.**

Bár a pontos részletekről (mit is tekintsünk népegészségügyi beavatkozásnak, min mérjük pontosan a megtérülést, a hasznok mennyire széles körét vizsgáljuk a mérleg megvonásakor stb.) a mai napig heves viták dúlnak, **a lényegét tekintve gyakorlatilag teljes az egyetértés a hozzáértők körében: mind a vállalatok, mind pedig**

a nemzetek egészének szintjén az egészség az egyik legjobban megtérülő befektetés. A nagyobb fizikai és mentális jóllét, a hosszabb munkapiaci aktivitás és a termelékenység ezzel párhuzamos növekedése, a kevesebb munkahelyi távolmaradás vagy éppen az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő költségterhek radikális csökkenése mind a hasznok között jelentkeznek a végső egyenlegben. A közelmúltban egy összehasonlító vizsgálat több tucatnyi egészségügyi, illetve népegészségügyi beavatkozás költség-haszon elemzését tekintette át. A nagyon sokféle intézkedés között akadt, amelynek a megtérülése közel százötvenszeres volt, míg a legszerényebbek haszna is négy-öttszörösen múlta felül a befektetett források mértékét. A rengetegféle intervenció eredményeit összesítve a kutatók arra jutottak, hogy **a gazdasági teljesítmény javulásán és az ellátórendszer tehermentesítésén keresztül minden egyes, az egészségügybe fektetett pénzegység 14-szeres hasznot hoz.**

A lényegét tekintve gyakorlatilag teljes az egyetértés a hozzáértők körében: mind a vállalatok, mind pedig a nemzetek egészének szintjén az egészség az egyik legjobban megtérülő befektetés.

A paradoxon az, hogy bár az emberi erőforrásokba való beruházás valóban a pénzköltés legjobban megtérülő formái közé tartozik, ez épp a konkrét „befektetők” (a politikai döntéshozók, az érintett szektorális szereplők és maguk a választók) számára a legkevésbé nyilvánvaló. A közvélekedés úgy tartja, hogy az egészségügy esetében a pénzügyi költségek és a szükségszerű érdeksérelmekkel együtt járó konfliktusok azonnal, míg a megtérülés csak hosszabb távon jelentkezik – és épp ez lenne a tehetetlenség

fő oka is, hiszen a politikában nonszensznek számít olyan költségek vállalása, amelyek hasznát később jó eséllyel mások fogják learatni. Mostanra azonban azt is bőszéggel rendelkezésre álló tapasztalatok alapján tudjuk, hogy **ez a szemlélet elavult és alapvetően téves**. Különösen bizonyos prevenció intézkedések (például a táplálkozási szokások megváltoztatása, a dohányzás visszaszorítása vagy éppen jól működő munkahelyi egészségfejlesztési programok elindítása) olykor **meglepően gyors (akár 6–12 hónapon belül jelentkező) és látványos eredményeket hoznak, ezek a nyereségek pedig a következő években csak halmozódnak**.

A magyar egészségügyi rendszer korszerűsítése szempontjából azonban a legfontosabb érv az, hogy egyszerűen nincs más választásunk. A következő évtizedek demográfiai és világgazdasági trendjeiből egyértelmű: **hazánk egyetlen esélye arra, hogy a lassú lecsúszás helyett a látványos felemelkedés és a jólét útjára lépjen, az emberekbe – a tudásukba, az egészségükbe, a jóllétükbe – való befektetés**. Minél előbb elfogadjuk és minél hamarabb érvényesítjük is ezt az elvet, annál több esélyünk van arra, hogy a következő évtizedeknek ne a vesztesei, hanem a nyertesei között találjuk magunkat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Ádány Róza (é. n.) *A prevenció helyzete Magyarországon és viszonya a lakosság egészségi állapotából adódó prioritásokhoz.* <http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kutat/tep/elet/adany.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Australian Government, Department of Health (2021): About preventive health in Australia, 2021. <https://www.health.gov.au/health-topics/preventive-health/about#who-we-work-with-> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Australian Government, Department of Health: Australia's Long Term National Health Plan, 2019; <https://www.health.gov.au/resources/publications/australias-long-term-national-health-plan> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Australian Government, Department of Health: Draft National Preventive Health Strategy 2021–2030; 2021 <https://consultations.health.gov.au/national-preventive-health-taskforce/draft-national-preventive-health-strategy/> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Australian Government, Department of Health (2019): National Action Plan for the Health of Children 2020–2030 and Young People 2020–2030. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/child-and-youth-action-plan> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Baka F. Zoltán (2021): A nyugdíjasok alig több mint 5 százaléka él több pénzből, mint egy átlag magyar dolgozó. *Mfor*, június 9, <https://mfor.hu/cikkek/makro/a-nyugdijasok-alig-tobb-mint-5-szazaleka-el-tobb-penzbol-mint-egy-atlag-magyar-dolgozo.html> – utolsó letöltés időpontja: 2021. október 1.

Balázs Judit (2019): Öngyilkosság-prevenció az iskolákban: A Fiatalok Mentális Egészség-öntudatosság Program (YAM) bemutatása; *Educatio* 28(3): 541–549.

Bárcziné Kapovits Judit (2014) *A magyarországi zöldút-tervezés tájépítészeti metodikájának megalapozása.* Tájépítészeti és Tájökölógiai Doktori Iskola, Budapesti Corvinus Egyetem.

Barnfield, Andrew – Papartyte, Lina – Costongs, Caroline (2019) *Financing Health Promoting Services: An information guide.* EuroHealthNet, <https://eurohealthnet.eu> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Baylis, Kathy – Dhar, Tirtha (2007) Effect of the Quebec Advertising Ban on Junk Food Expenditure. <https://are.berkeley.edu/fields/erep/seminar/s2007/QuebecAdBanMarch16.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 22.

Berta Dávid (2019) *A népegészségügyi termékadó jellemzői és fejlesztési lehetőségei, 2019.* MNB, <https://www.mnb.hu/letoltes/bertha-david-a-nepegeszsegugyi-termekado-jellemzoi-es-fejlesztési-lehetosegei-2-resz.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Bíró Anikó – Hajdu Tamás – Kertesi Gábor – Prinz Dániel (2020) *The Role of Place and Income in Life Expectancy Inequality: Evidence from Hungary.* CERS-IE WP – 2020/19, <https://www.mtaki.hu/wp-content/uploads/2020/04/CERSIEWP202019.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 3.

Boros Tamás – Filippov Gábor (2020) *Magyarország 2030 – Jövőkép a magyaroknak.* Egyensúly Intézet – Osiris Kiadó.

Buzás Norbert – Kiss István Márton – Papp Magor (2018) A háziorvosi prevenció tevékenység összetársadalmi költségei. *Közgazdasági Szemle*, 65(11): 1172–1186.

CDC (2016) Health Impact in 5 Years – About the Evidence Summaries. *CDC*, <https://www.cdc.gov/policy/hst/hi5/aboutsummaries/index.html> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

CDC (2021) The HI-5 Interventions. *CDC*, <https://www.cdc.gov/policy/hst/hi5/interventions/index.html> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Cohen, Deborah A. (2017) What the World Can Learn from Chile's Obesity-Control Strategies. *Rand Corporation*, december 30. <https://www.rand.org/blog/2017/12/what-the-world-can-learn-from-chiles-obesity-control.html> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Csizmadia Péter – Balku Eszter (2016) Az erősebb a gyengébb nem? *Egészségfejlesztés*, 57(2): 26–33.

DeSalvo, Karen B. – Wang, Y. Claire – Harris, Andrea – Auerbach, John – Koo, Denise – O’Carroll, Patrick (2017) Public Health 3,0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Preventing Chronic Disease*, 14: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/17_0017.htm – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

DG Health and Food Safety (SANTE): Strategic Plan 2020–2024; 2020, https://ec.europa.eu/info/publications/strategic-plan-2020-2024-health-and-food-safety_en – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Dohányzás Fókuszpont (2020) A Dohányzás Fókuszpont feladatai. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2020-08/01_MIDF_2020_Tanulmany_20200706.pdf%2026-27 – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Dózsa Katalin – Sinkó Eszter – Merész Gergő – Velkey Zita (2017) *Záró értékelés. Verzió 02.* Semmelweis.hu, https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 12.

Ebbeling, Cara B. – Pawlak, Dorota B. – Ludwig, David S. (2002) Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360(9331): 473–482.

EFOP 1.8.0.- Szolgáltatáskatalógus; <https://efop180.antsz.hu/szolgáltataskatalogus/index.php/gyik> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001: 7–11, 12–16, 17–18 éves célcsoportokra irányuló egészségfejlesztési módszertani kézikönyv; „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt; 2020, [https://efop180.antsz.hu/attachments/article/399/Módszertani%20kézikönyv%20\(2\).pdf](https://efop180.antsz.hu/attachments/article/399/Módszertani%20kézikönyv%20(2).pdf) – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-0000: Egyéni egészségfejlesztés módszertan népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport; 2018. 06.30; <https://efop180.antsz.hu> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-0000: A közösségi egészségfejlesztés módszertana a védőnői ellátásban népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt A/II. Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig); 2018. 06. 30; EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-0000. <https://efop180.antsz.hu> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001: A tudástárhoz szükséges indikátorfejlesztésről szóló módszertani kézikönyv; „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt A.III munkacsoport; 2020, https://efop180.nnk.gov.hu/attachments/article/178/AIII22_a_MSZ.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Egészséges Városok Kárpát-medencei Egyesülete. <https://www.egeszsegesvarosok.hu/index.php> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Egység Intézet (2021) Hogyan csökkentjük a szegénységet? Háttér tanulmány a jóléti juttatások rendszerének átalakításáról. *Egység Intézet*, https://egyensulyintezet.hu/wp-content/uploads/2021/11/ei_szegenyseg_hatter_v2.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

EMMI: Egészséges Magyarország 2021–2027 – Egészségügyi Ágazati Stratégia, 2021. január; <https://pdfs.hu/doc/335a9da/„egeszseges-magyarorszag-2021-2027”-egeszsegugyi-Agazati> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Eurostat (2019) How much exercise do you do in a week? <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190328-1> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Eurostat (2020) Mortality and life expectancy statistics. *Eurostat*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Eurostat (2021a) Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level. *Eurostat*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=2d249b06-f173-48b3-b6ed-e90b57e6f683&page=time:2019 – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Eurostat (2021b) Healthcare expenditure statistics. *Eurostat*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Eurostat (2022) Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level. *Eurostat*, <https://ec.europa.eu/eurostat/>

databrowser/view/HLTH_EHIS_BM1E_custom_1671195/default/table?lang=ec – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Fehérvári Anikó (2015) Lemorzsolódás és a korai iskolaelhagyás trendjei. *Neveléstudomány*, 3: 31–47. http://nevelstudomany.elte.hu/downloads/2015/nevelstudomany_2015_3_31-47.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 12.

Frieden, Thomas R. (2010) A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4): 590–595.

GINOP-2.3.2-15-2016-00005 projekt: A magyar gazdaság versenyképességének növelése a lakosság egészségi állapotát javító népegészségügyi intervenciók célcsoportjainak és tartalmának azonosítása révén, 2021. május.

Hajdu Tamás – Kertesi Gábor (2021) *Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében*. KRTK-KTI, <https://www.mtaki.hu/wp-content/uploads/2021/02/CERSIEWP202108.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Horváth Krisztián (2021) Innovatív működési és finanszírozási javaslat az egészségfejlesztési irodák számára (interjú). *Egészségfejlesztés* 62(3).

Európai Bizottság (2019) *State of Health in the EU Magyarország Egészségügyi országprofil 2019*. Európai Bizottság, https://ec.europa.eu/files/2019_chp_hu_hungary – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Hooton, Forrest – Menichetti, Giulia – Barabási, Albert-László (2020) Exploring food contents in scientific literature with FoodMine. *Scientific Reports*, 10: 16191. <https://www.nature.com/articles/s41598-020-73105-0> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

GKI (2021) A háziorvosi praxisok 10%-a betöltetlen Magyarországon. GKI, https://www.gki.hu/wp-content/uploads/2021/07/Haziorvosi-ellatas-Magyarorszagon_junius.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Greszczuk, Claire (2019) Implementing health in all policies – Lessons from around the world. *The Health Foundation*, <https://www.health.org.uk/publications/reports/implementing-health-in-all-policies> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

IMF (2015) *Policy Paper. Fiscal Policy and Long-Term Growth*. IMF, <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2015/042015.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Jeneiné Rubovszky Csilla (2019) Digitális innováció az idősellátásban – avagy bentlakásos intézmény helyett „Okosotthon”. *Esély*, 3: 75–100.

Járomi Éva – Kimmel Zsófia (2017) Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenció megközelítései. *Egészségfejlesztés*, 58(2): 20–29.

Juhász Attila – Nagy Csilla – Lomen Mihály – Nagy Attila – Papp Zoltán – Gál Veronika – Oroszi Beatrix (2020) A Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszere (NEKIR), 2020. *Egészségtudomány/Health Science*, 3: 51–83.

Kollányi Zsófia (2016) *Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági összefüggésrendszere*. Doktori disszertáció. ELTE TÁTK Szociológia Doktori Iskola, Szociálpolitika Doktori Program. https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/44530/kollanyi_zsofia_katalin_doktori_ertekezes.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Kovács Antal – Paár Dávid – Elbert Gábor – Welker Zsanett – Stocker Miklós – Ács Pongrác (2015) *A magyar háztartások sportfogyasztási szokásainak felmérése*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet. https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/Sportfogyasztas_ek.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Kőműves Zoltán (2018) Társadalmi tőke az egyéni jóllét kontextusában. Hazai egészségfelméréseink az OECD által kidolgozott társadalmi tőke interpretáció fényében. *Egészségfejlesztés*, 59(6): 21–32.

KSH, Statisztikai Tükör: Öngyilkosság, 2008/10; <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel307121.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

KSH: Koraszülöttek és kis súlyú újszülöttek Magyarországon, 2016; <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/koraszul16.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

KSH (2019) Táplálkozás, tápláltság, 2019. *KSH*, https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/taplalkozas_2019/index.html – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

KSH (2020a) Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor (2001–). *KSH*, https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_aves/i_wdsdoo8.html – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

KSH (2020b) Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint. *KSH*, https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nepoo10.html – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

KSH (2021): *A munkanélküliek száma a munkakeresés időtartama szerint, nemeként*. *KSH*, https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_mefo28.html?fbclid=IwAR2MZ7ohF6C1JdTxiuXOsY7vK3tyXWv3u-6xuN_1pE2-HuPLUXsaq8oAGAM – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010 2020 2030; <https://egeszsegprogram.eu> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Magyarország Digitális Gyermekvédelmi Stratégiája; <https://digitalisjoletprogram.hu/files/b9/55/b955b52770e659680b4e537e84df906b.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Martin, Keith – Mullan, Zoë – Horton, Richard (2019) Overcoming the research to policy gap. *The Lancet Global Health*, 7(1–2), [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30082-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30082-8/fulltext) – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Maynou, Laia – Saez, Marc (2016) Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union; *International Journal for Equity in Health* 15: 135.

Medicalonline (2020) Vastagbélrákszűrés: egyelőre elég a kapacitás. *Medicalonline*, http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/vastagbelrakszures_egyelore_eleg_a_kapacitas – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (é. n.) Rodzina 500 plus, <https://www.gov.pl/web/rodzina/rodzina-500-plus> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Michie, Susan – van Stralen, Maartje M. – West, Robert(2011) The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change intervention. *Implementation Science*, 6(42); <http://www.implementationscience.com/content/6/1/42> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

MNB (2019) *Versenyképességi tükör 2019*. <https://www.mnb.hu/kiadvanyok/jelentesek/versenykepességi-tukor/versenykepességi-tukor-2019> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

MNB (2021) *Versenyképességi jelentés, 2021*. <https://www.mnb.hu/kiadvanyok/jelentesek/versenykepességi-jelentes/versenykepességi-jelentes-2021> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport All about health... The National Prevention Programme 2014 – 2016; https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/NLD_B3_2%20Brief%20NPP%20Engelse%20webversie_o.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Nemzeti Adó- és Vámhivatal; Népegészségügyi termékadó 2021; nav.gov.hu – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (é. n.) Háziiorvosi szolgálatok, http://neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott-szolgalatok/haziorvosi_szolgalatok.html – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Népegészségügyi prevenció Magyarországon, 2020. <https://egeszsegprogram.eu/program-tajekoztato> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

NMHH (2020) *Reklámozási gyakorlat a tematikus gyerekcsatornákon, különös tekintettel a „káros élelmiszerek” csoportjára*. NMHH, https://nmhh.hu/dokumentum/212541/reklamozasi_gyakorlat_tematikus_gyerekcsatornak.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 23.

Norwegian Ministry of Foreign Affairs Norwegian Ministry of Health and Care Services: Better health – better lives; Combatting Non-Communicable Diseases in the Context of Norwegian Development Policy (2020-2024); Summary; https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/vedlegg/utvikling/betterhealth_summary.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (é. n.) Finland's falling mental health spending and high suicide rates concerning, says OECD. *OECD*, <https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Finland.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

OECD (2018) *Health at a Glance*. *OECD*, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-4-en.pdf?expires=1636979463&id=id&accname=ocid77016197&checksum=9759CD9E448E89FDD03A5C6280C3ED9F – utolsó letöltés időpontja: 2022.

február 11.

OECD (2019) *Health at a Glance, 2019*. OECD, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (2015) *In it Together: Why Less Inequality Benefits All*. OECD, https://www.oecd-ilibrary.org/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefits-all_9789264235120-en – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (2020a) *Health at a Glance: Europe 2020*. OECD, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (2020b) *Health Status: Avoidable Mortality*. OECD, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=96018> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (2020c) *OECD's SPHeP Models 2020: A tool to inform strategic planning in public health*. OECD, <https://www.oecd.org/health/OECD-SPHEP-Models-Brochure-2020.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (2020d) *Non-medical determinants of health: Tobacco consumption*. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30127> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

OECD (2020e) *Suicide rates*. <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

OECD (2021a) *Life Expectancy at Birth*. OECD, <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

OECD (2021b) *Potential years of life lost*. OECD, <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

OGYÉI (2018) *Országos iskolai MENZA körkép 2017. Általános iskolai táplálkozás-egészségügyi környezetfelmérés*. OGYÉI, <https://ogyei.gov.hu/dynamic/Orszagos-iskolai-MENZA-korkep-2017-181212-2-web.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 21.

Orosz Éva – Kollányi Zsófia (2016): *Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban*. In Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.) *Társadalmi Riport 2016*. TÁRKI. 334–357.

Oroszi Beatrix – Horváth J. Krisztina – Túri Gergő – Krisztalovics Katalin – Röst Gergely (2021) *Az epidemiológiai surveillance és járvány matematikai előrejelzések szerepe a pandémiás hullámok megelőzésében, mérséklésében – hol tartunk most, és hová kellene eljutni*. *Siencia et securitas*, 2(1): 38–53.

Our World in Data (2021) *The disease burden by cause*. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease#the-disease-burden-by-cause> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

Perry, Chris – Chhatralia, Krishna – Damesick, Dom – Hobden, Sylvie – Volpe, Leanora (2015) *Behavioural insights in health care. Nudging to reduce inefficiency and waste*. The Health Foundation.

Public Health England: *PHE Strategy, 2021-2025*; 2019, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/831562/PHE_Strategy_2020-25.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Purnell, Jason Q. – Thompson, Tess – Kreuter, Matthew W. – McBride, Timothy D. (2015) *Behavioral Economics: “Nudging” Underserved Populations to Be Screened for Cancer*. *Preventing Chronic Disease*, 12: 140346.

Rihmer Zoltán – Kurimay Tamás – Szekeres György – Gáti Balázs – Mór Zoltán (2021) *A major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük. Közpolitikai összegző tanulmány. A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 36(1), különszám. https://mptpszichiatra.hu/upload/pszichiatra/document/ph-major_depresszio_kulonszam-honlap_20210618.pdf?web_id= – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 3.

Rose, G. (1985): *Sick Individuals and Sick Populations*. *International Journal of Epidemiology*, 14(1): 32–38.

Schoemaker, Casper G. – van Loon, Jeanne – Achterberg, Peter W. – den Hertog, Frank R. J. – Hilderink, Henk – Melse, Johan – Vonk, Robert A. A. – Oers, Hans (2020) *Four normative perspectives on public health policy-making and their preferences for bodies of evidence*. *Health Research Policy and Systems* 18, 94. <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00614-9> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Schroeder, Steven A (2007) *We Can Do Better – Improving the Health of the American People*. *The New England Journal of*

Medicine, 357: 1221–1228. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa073350#article_citing_articles – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Statista (2022) Coronavirus (COVID-19) deaths worldwide per one million population as of April 6, 2022, by country. *Statista*, <https://www.statista.com/statistics/1104709/coronavirus-deaths-worldwide-per-million-inhabitants/> – utolsó letöltés időpontja: 2022. április 6.

Tóth Mónika Ditta – Székely András – Purebl György (2021) A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a magyar fiatalok körében. *Kapocs folyóirat*, 2021/1: 112–118.

Túri Gergő – Horváth Krisztián – Kasza Katalin – Csizmadia Péter (2018) Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei. *Egészségfejlesztés* 59(1): 62–68.

Túri Gergő (2019): Új utakon a hazai egészségtervezés. *Egészségfejlesztés*, 60(3): 36–45.

U.S. Department of Health and Human Service: Public Health 3.0 A Call to Action to Create a 21st Century Public Health Infrastructure; <https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/Public-Health-3.0-White-Paper.pdf> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Varsányi Péter – Tóth Gergely – Balku Eszter – Vitrai József (2016) Új hazai egészségmonitorozási koncepció. *Egészségfejlesztés*, 57(1): 41–48.

Vitrai József (2011): *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői*. Doktori értekezés. https://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezes_Vitrai.Jozsef.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Vitrai József (2019) Cikkismertetés: Népegészségügy 3.0. *Egészségfejlesztés*, 60(4): 46–51.

Vitrai József – Bakacs Márta (2021) Hazai egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a *Egészségfejlesztés*, 62(1): 35–46.

Vitrai József – Vokó Zoltán (2012) A hazai egészségmonitorozás lehetséges szerepe az egészségügyi rendszer teljesítményének mérésében és alkalmazásának aktuális problémái. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 50(2): 33–36.

Vlaev, Ivo (2019) How can behavioural science nudges improve healthcare? Warwick Knowledge Center. <https://warwick.ac.uk/newsandevents/knowledgecentre/health/public-health/healthnudges> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Vokó Zoltán (2020) A lakosság egészségének kutatása és fejlesztése. Előadás. Magyar Tudomány Ünnepe. <https://mta.hu/tudomanyunnep2020/voko-zoltan-a-lakossag-egeszsegenek-kutatasa-es-fejlesztese-111018> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

Watts, Nick – Amann, Markus – Arnell, Nigel – Ayeb-Karlsson, Sonja – Beagley, Jessica – Belesova, Kristine et al. (2021) The 2020 report of The *Lancet* Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet* 2021; 397(10269): 129–170.

WHO (2010): *A conceptual framework for action on the social determinants of health, 2010*. WHO, https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO (2013) *The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland*. WHO, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO (2014a) *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1 – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO (2014b) *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. WHO, https://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO (2016) *Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives. Children's rights, evidence of impact, methodological challenges, regulatory options and policy implications for the WHO European Region*. WHO, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/322226/Tackling-food-marketing-children-digital-world-trans-disciplinary-perspectives-en.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO (2019) Hungary: Physical activity factsheet. WHO, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/382513/hungary-

[eng.pdf](#) – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

WHO (2020) E-cigarettes are harmful for your health. *WHO*, <https://www.who.int/news/item/05-02-2020-e-cigarettes-are-harmful-to-health> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 18.

WHO: Mental Health Atlas, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

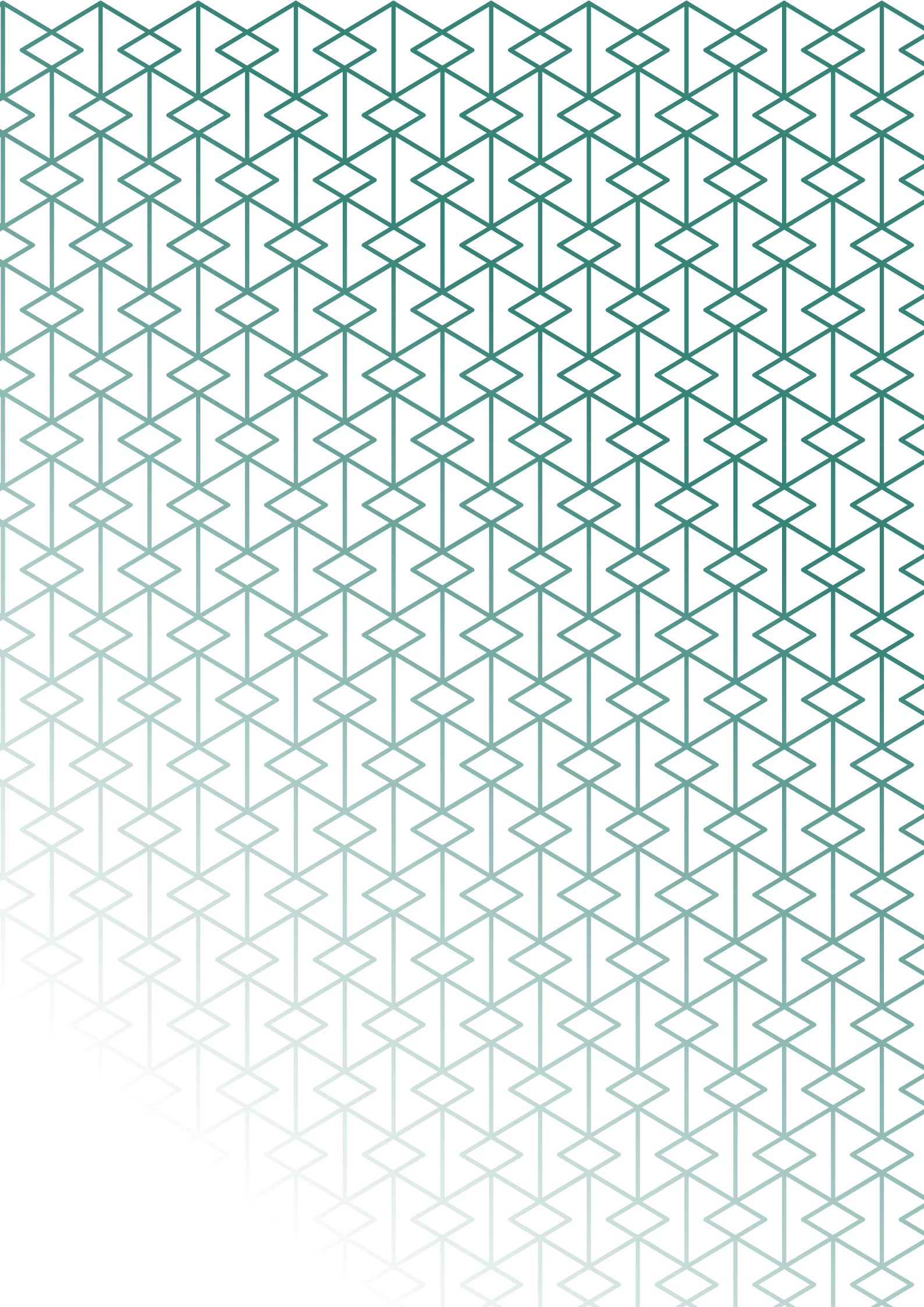
WHO: Mental Health Atlas, Country Profile, Hungary 2017; <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2017-country-profile-hungary> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO: What you need to know about Health in All Policies; https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-en.pdf – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO Europe: Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs, 2019; [WHO/Europe | Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs \(2019\)](#) – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

WHO Europe: Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, 2013; <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013> – utolsó letöltés időpontja: 2022. február 11.

World Bank (é. n.) Life expectancy at birth, total (years). *World Bank*, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2030&start=2030&view=bar> – utolsó letöltés időpontja: 2022. március 21.



RÓLUNK

Az Egyensúly Intézet jövőorientált szellemi műhely, amely hazánk számára készít jövőképeket, szakmai javaslatokat. Kidolgozni az ország politikai, gazdasági és kulturális jövőképét, szilárd szellemi alapot teremteni a magyarok felemelkedéséhez – a gyorsan változó 21. században az Egyensúly Intézet ezt tekinti egy agytröszt legfontosabb feladatának.

Olyan témákról gondolkodunk, amelyekről kevesebb szó esik a nyilvánosságban, mint kellene. Ilyen téma a robotizáció és az átalakuló munkaerőpiac, levegőnk és folyóvizeink tisztasága, a nemzeti öntudat és a közösségek szerepe egy ország életében, az oktatás jövője, az ország gazdasági kitörési pontjai vagy a megváltozó világrend.

Az Egyensúly Intézet állandó kutatói csapata és tanácsadói testülete közgazdászokból, szociológusokból, politikai elemzőkből, klímaszakértőkből, külpolitikai szakértőkből áll. Sokszínű és magasan képzett, professzionális csapatunk széles körű tapasztalatokkal rendelkezik az akadémiai kutatás és az alkalmazott tudomány területéről egyaránt.

Magyarország jövő időben ▶▶

Egyensúly Intézet



**Egyensúly
Intézet**

Cím: **H-1026 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 73.**

Telefon: **+36 1 249 5238**

Honlap: **www.eib.hu**

E-mail: **info@eib.hu**

Facebook: **facebook.com/egyensulyintezet**

Twitter: **twitter.com/EIntezet**

Linkedin: **linkedin.com/company/equilibrium-institute1**