



2025. 3. évfolyam 4. szám

MULTIDISZCIPLINÁRIS
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT



TARTALOM

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

Ajánló a Multidiszciplináris Egészség és Jólét legújabb lapszámához	1
---	---

BESZÉLGETÉSEK

Discussion about the integration of care - Benedetta Armocida and Heléna Safadi (transcript)....	3
--	---

ÁTTEKINTÉSEK

Az anyatej és a szülők edukációjának összefüggése a gyermek fogazatával	14
---	----

VIZUÁLIS KIVONATOK

Vizuális kivonat: Hogyan teljesít Magyarország az egészség ügyében az OECD országaihoz képest?	23
--	----

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: Az Európai Egészségügyi Adattér másodlagos felhasználása	28
Szakedokumentum: Elkerülhető halálozás, kockázati tényezők és a nem fertőző betegségek elleni, adatokra alapozott, hatásos szakpolitikák	37
Szakedokumentum: Magyarországi egészségveszteségek, 2025 – Vezetői összefoglaló	44
Szakedokumentum: Halálozás Magyarországon 2025	48
Cikkismertetés: Az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának történeti fejlődése	52
Cikkismertetés: A magyar egészségügy hatékonyságának növelésével plusz 3 életév várható? ..	57
Cikkismertetés: A kormányzás és az egészség globális kapcsolata – A jó kormányzás szerepe az egészségügyi kiadások alakulásában	61
Cikkismertetés: Kevesebb élelmiszer fogyasztása javítja a tápanyagfelvételt?	64
Cikkismertetés: Lehetséges-e a szív- és érrendszeri kockázat csökkenése rövid, hétköznapi fizikai aktivitással?	67
Cikkismertetés: Hogyan befolyásolja a jövedelmi egyenlőtlenség a serdülők agyának szerkezetét, működését és mentális egészségét?	70
Cikkismertetés: Képregényszerű történetek a hátrányos helyzetű közösségek bevonására és egészségfejlesztésére	75

SZAKMAI HÍREK

Pályázat a legjobb egészségfejlesztési programok bemutatására	79
Rövid hírek a nagyvilágból és kishazánkból	81
Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei	87

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

Ajánló a Multidiszciplináris Egészség és Jólét legújabb lapszámához

Recommendation for the latest issue of Multidisciplinary Health&Wellbeing

Ez a szám erősen gyakorlatorientált és ugyanakkor elmélyülten reflektál a nép-egészségügy legégetőbb kérdéseire – a rendszerszintű változtatásoktól az egyéni és közösségi beavatkozásokig. A MEJ ezúttal 18 közleményen keresztül kínál „távoli és közeli” nézőpontokat: nemcsak azt mutatja meg, hol tartunk ma, hanem azt is, merre érdemes lépünk.

A lapszámot egy inspiráló, nemzetközi perspektívát hozó beszélgetés nyitja: a JACARDI Joint Action podcast-átiratában a cukorbetegség és a kardiovaszkuláris betegségek integrált ellátásának gyakorlati megközelítéseiről olvashatunk – a hangsúly a multidiszciplinaritáson, a digitális megoldásokon és a valódi tapasztalattal rendelkező személyek bevonásán van. Ezt a tematikát egészítik ki az egészségügyi és a szociális ellátás integrálódásának történeti áttekintését ismertető cikkek, amelyek emlékeztetnek: az integráció nem csupán technikai feladat, hanem társadalmi és etikai projekt is.

Külön figyelmet érdemel a gyermekek szájüregi egészségét vizsgáló áttekintés, amely rávilágít: az anyatej-jótékony hatásai mellett a szülői edukáció és korai prevenció döntő a korai gyermekkori fogszuvasodás megelőzésében. A cikk jól példázza, hogyan kell a prevenciót családi, társadalmi és digitális csatornákon egyszerre támogatni.

A lapszám adatvezérelt hangvételét erősíti egy vizuális kivonat és a nagyobb elemzések: az OECD-összehasonlítást összegző infografika, valamint több, a halálozási mintázatokat és a megelőzhető halálozásokat feltáró szakdokumentum ismertetése (Halálozás Magyarországon 2025; NCD-k és kockázati tényezők) egyértelmű üzenetet közvetít – a magyar mutatók sok helyen alulmaradnak, a változás sürgető. Ezek az írások hasznos terepet adnak a politikai döntéshozóknak, tervezőknek és kutatóknak egyaránt.

Stratégiai jelentőségű olvasmánynak számít az Európai Egészségügyi Adattér másodlagos felhasználásáról szóló közlemény: gyakorlati útmutatásokat találunk az interoperabilitásról, a metaadat-katalogusokról és a biztonságos feldolgozási környezetek kialakításáról. Ez az írás elengedhetetlen támpont a hazai adatstratégiákhoz.

A közösségi beavatkozások és társadalmi determinánsok, meghatározók szerepét több cikk is hangsúlyozza: a jövedelmi egyenlőtlenség serdülőkori agyi és mentális egészségre gyakorolt hatása, a képregényszerű történetek alkalmazása hátrányos közösségek bevonására, valamint a testi aktivitás kis lépésekben érkező előnyeiről szóló írások mind arra emlékeztetnek, hogy az egyén és a társadalmi

környezet összefüggéseit kell kezelni, ha tartós javulást akarunk.

Fontos szakpolitikai területeket érintenek továbbá a szemészeti ellátás rendszer-szintű hiányaira adott javaslatokat bemutató ismertetés, a kormányzás és egészség kapcsolatáról szóló elemzés, valamint a táplálkozási szakpolitikák egészségi hatásainak vizsgálata – mindegyik gyakorlati, implementálható ajánlásokat is tartalmaz.

Szakmai hírek rovatunk és benne az egyesület 2020–2025 közötti történetét összefoglaló írás emlékeztet arra, hogy a szakmai közösség munkája mennyit számít. Felhívjuk olvasóink figyelmét a szerkesztőségi pályázatunkra is. Várjuk azokat a sikeres egészségfejlesztési programjaikat, amelyeket mintának használhatnának mások is. Osszuk meg a jó gyakorlatokat!

Írásaink mellett hallgassa meg a MEJ podcast beszélgetéseinket is! Interjúink olyan kiemelkedő hazai szakemberekkel készültek, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk mégis

szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jóléthez. Kilenc beszélgetés már elérhető a YouTube csatornánkon: [»MEJ podcast«](#)

Ha Ön is fontosnak tartja a független és hiteles tudományos tájékoztatást, kérjük, csatlakozzon támogatóink sorához. Az adományokat a folyóirat megjelenetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működésének biztosítása mellett arra fordítjuk, hogy ez az innováció minél többekhez eljusson a közösségi média felületein is. Részletek a támogatási lehetőségekről: [»Támogatás«](#)

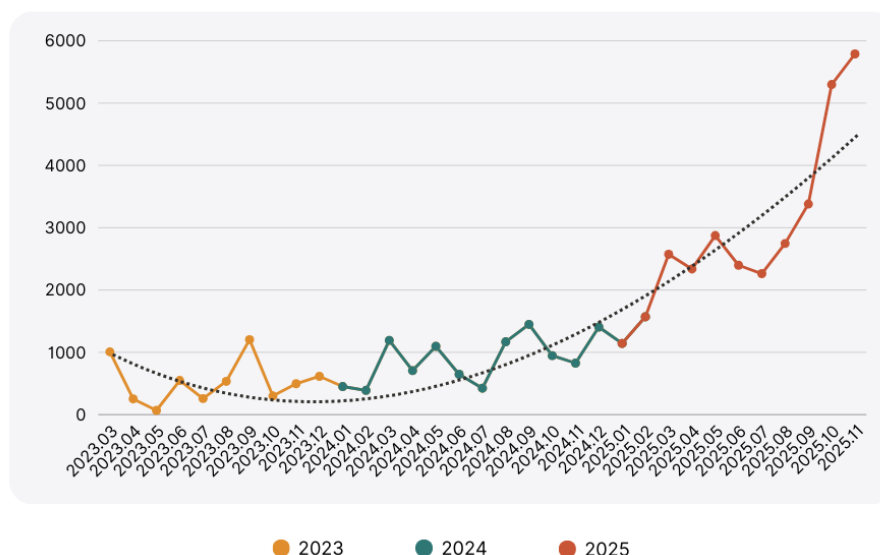
Ez a szám mindazoknak szól, akik rendszer szinten gondolkodnak az egészségről: kutatóknak, gyakorló szakembereknek, döntéshozóknak és közösségi szereplőknek. Olvassák, vitassák meg és alkalmazzák: az egészség és a jólét javítása közös feladatunk!

Kövessen [Facebook](#) és [LinkedIn](#) oldalunkat és iratkozzon fel [YouTube](#) csatornánkra! Adjon nekünk visszajelzést és lapozza át újra a MEJ korábbi lapszámait!

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

Absztraktok havi olvasottsága

Forrás: Open Journal System
(2025.12.01)



BESZÉLGETÉSEK

Discussion about the integration of care - Benedetta Armocida and Heléna Safadi (transcript)

Beszélgetés az integrált ellátásról –Benedetta Armocida és Heléna Safadi (átírat)

Szerzők: [Benedetta Armocida](#), [Heléna Safadi](#)

Doi: [10.58701/mej.20975](https://doi.org/10.58701/mej.20975)

Kulcsszavak: integrált ellátás; cukorbetegség; szív- és érrendszeri betegségek; JACARDI, pilot projektek

Keywords: integrated care; diabetes; cardiovascular diseases; JACARDI; pilot projects

Abstract

This podcast explores integrated care approaches for diabetes and cardiovascular disease within the EU-funded JACARDI Joint Action. Through a structured dialogue between Dr. Benedetta Armocida and Dr. Heléna Safadi, the discussion highlights key dimensions of integrated care, including multidisciplinary collaboration, strengthening care pathways, digital tools, and person-centred approaches. Themes include the importance of equity, scalability of pilot projects, sustainability, and the active involvement of people with lived experience.

Absztrakt

Ez a podcast az Európai Unió által társfinanszírozott JACARDI Joint Action nemzetközi projekt keretében készült, és a cukorbetegség, valamint a szív- és érrendszeri betegségek integrált ellátási megközelítéseit mutatja be. Dr. Benedetta Armocida és Dr. Heléna Safadi párbeszéde az integrált betegellátás kulcsfontosságú dimenzióira világít rá, többek között a multidiszciplináris együttműködés szerepére, az ellátási útvonalak megerősítésére, a digitális eszközök alkalmazására és a személyre szabott ellátási modellek jelentőségére. A beszélgetés kitér az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés fontosságára, a pilot projektek átvihetőségére és fenntarthatóságára, valamint a betegségben érintett személyek aktív bevonásának lehetőségeire is.

Podcast Transcript: This podcast episode is produced by the International Diabetes Federation Europe and was published on 11.09.2025.

Available on Spotify:

<https://open.spotify.com/episode/5d0bXuDZm0DEdvZgxwsG56?si=LBiNfsLWQNKI3Ndog5rifw&nd=1&dlsi=8f33e4094cd54c85>



This episode is structured as a dialogue between the two speakers, Dr. Benedetta Armocida and Dr. Heléna Safadi – without a separate host or moderator.

INTRODUCTION

Benedetta Armocida: Thank you very much for the invitation, I'm delighted to be here. My name is Benedetta Armocida, I am a physician and public/global health expert from Italy, with a background in global health, health policy and health systems strengthening. Over the past years, my work has focused on understanding and addressing the burden of noncommunicable diseases, particularly diabetes and cardiovascular diseases (CVDs), both in Europe and globally.

I am currently a Senior researcher at the Italian National Institute of health, and I'm coordinating JACARDI – the Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes, which brings together 21 European countries to share best practices and pilot innovative approaches to prevention, care, and management of diabetes and CVDs. What really drives my interest is how we can make health systems more equitable, resilient, and responsive to the needs of people—with a specific focus on adolescents and young people—who are living with non-communicable diseases.

Over to you Helena.

Heléna Safadi: Hello, everyone, it is great to be here and let me also extend a warm welcome to all of you. I am Helena Safadi, a physician and an economist, with a primary focus on healthcare management, particularly quality management and patient safety. Over the past few years, I've been working on developing and implementing best practices in hospital settings, and I've also been exploring how big data could play a role in improving diabetes care in Hungary.

Currently, I work at the Gottsegen National Cardiovascular Center where I have the privilege of leading Work Package 9 of the JACARDI project alongside my wonderful colleagues. Work Package 9 on Integrated Care Pathways – which is a really exciting challenge. It gives us a unique perspective on where the care pathways could be improved across Europe and also lets us look into various possible solutions and the details of their implementation processes.

ABOUT JACARDI

Heléna to Benedetta: But before we dive deeper into integrated care, since our listeners might not be very familiar with JACARDI, can you give us the big picture? What is JACARDI trying to achieve and why?

Benedetta: Of course. JACARDI is a Joint Action co-funded by the European Commission, uniting 21 European countries with one shared ambition: to reduce the burden of cardiovascular diseases and diabetes. Running from 2023 to 2027, JACARDI brings together 81 partners from across Europe, reflecting a rich diversity of cultures, lifestyles, and health system structures.



The initiative is organised into several key areas of work – from knowledge sharing and policy alignment, to the design and implementation of pilot projects in real-world settings. The aim is not only to test innovative practices, but also to generate solid evidence and lessons that can be adapted and scaled across Europe.

What makes JACARDI unique is that it follows the entire patient journey: from healthy people, to those at risk of developing cardiovascular disease or diabetes, to

individuals already living with the condition and at risk of progression or multiple illnesses. Along this journey, the focus is on health literacy and awareness, screening and early detection, integrated care pathways, self-management, and participation in the labour market for people living with these diseases. And all of this is carried out under two guiding principles: equity and better availability, quality and use of data – ensuring that no one is left behind, and that decisions are informed by high-quality, shared information. JACARDI engages a broad community such as ministries of health, public health institutes, universities, professional societies, patient organisations, and local health authorities.

The real engine of JACARDI is its 143 pilot projects. They test practical solutions on the ground – like strengthening primary care, improving self-management, or reducing inequalities – while generating lessons that can be scaled across Europe. Their purpose is twofold. First, to deliver tangible improvements locally and second, to generate models and lessons that can be scaled beyond the pilot sites.

In this way, the pilots act as “laboratories for innovation”: they show what works, reveal what doesn’t, and create a body of practical knowledge that can accelerate Europe’s shift towards more person-centred, sustainable, and resilient care.

So in short, JACARDI is not only about improving care for people living with diabetes and cardiovascular disease today. It is also about shaping the future of how our health systems respond to non-communicable diseases – building approaches that are equitable, sustainable, and above all, centred on people’s real needs.

INTEGRATED CARE (SYSTEM PERSPECTIVE)

Heléna to Benedetta: Thanks for this great overview, Benedetta. In your opinion, how does WP9 – and the broader theme of integrated care – fit into the overall goals of JACARDI? Why do you think integrated, person-centred care is such a crucial element in improving outcomes for people living with chronic conditions like diabetes and cardiovascular disease?

Benedetta: Well, that's a very important question.

When we talk about conditions like diabetes and cardiovascular disease, we are talking about lifelong, complex conditions that often occur together and are influenced by a wide range of socio-economic determinants and biological factors. This is why focusing on integrated, person-centred care is so crucial. People don't experience their health in separate compartments – and yet too often, our systems deliver care in silos.

In my view, truly integrated care means that people living with these conditions experience their journey as continuous, coordinated, and supportive – whether they are in prevention, diagnosis, treatment, or long-term management.

Unfortunately, many of our health systems remain fragmented and oriented around acute care or single diseases. This has historical reasons – systems were designed to respond to infections and emergencies – not the reality of multimorbidity and ageing populations. The consequence is that people with multiple chronic conditions often face duplication of tests, conflicting advice, poor communication between providers, and ultimately inequalities in access and outcomes.



Joint action
cardiovascular diseases
and diabetes

This is precisely where JACARDI and Work Package 9 on Integrated care Pathways come in. Our goal is to help countries shift the paradigm – from fragmented, disease-centred models towards more holistic, person-centred, and resilient health systems. Through the pilot projects, we are testing practical ways to strengthen integrated care pathways, improve collaboration across providers, and empower people to better manage their conditions.

The idea is to show that integrated care is not just an aspiration – it is achievable, scalable, and essential. At the heart of this transformation is a simple but powerful idea: when we design care around people rather than diseases, we not only improve health outcomes, but also reaffirm dignity, trust, and solidarity as the foundations of our health systems.

INTEGRATED CARE WITHIN WORK PACKAGE 9

Benedetta to Heléna: Now, Helena, let's zoom into WP9. Can you walk us through the work of WP9? What is its overall goal? Where are the pilot sites? What kind of challenges related to integrated care are they trying to address? Could you share a few examples of the approaches they are testing?

Heléna: Of course. The main goal of our Work Package is to improve the diagnosis, treatment, and management of diabetes and cardiovascular diseases through pilot projects that develop integrated care pathways across Europe.

We start each pilot project with a thorough situation analysis and patient pathway mapping at each site. This helps us identify the key areas in the care process that need improvement, understand the local context, and pinpoint the relevant stakeholders.

Then, to develop tailored solutions, we also look at the available evidence – that includes existing best practices, relevant programs, and scientific literature that could guide our interventions. Based on this evidence, each pilot site designs its own intervention package, adapting these insights to fit their specific context and resources.

Once the activities are implemented the pilot interventions are implemented and evaluated across multiple dimensions. The idea is that, if these pilots prove successful, they can be scaled up – to other sites, institutions, regions, or even countries – and potentially extended to support the care of other chronic conditions as well.

All of this is being done through the implementation of 29 pilot projects across 11 European countries including Italy, Spain, Slovenia, France, Finland, Latvia, Belgium, Romania, Hungary, Iceland and Poland. These projects are incredibly diverse. Several pilots focus on improving the transition period after hospital discharge, other projects are centered around patient education or digital tools to support lifestyle interventions. Many strengthen the role of general practitioners in diabetes care or improve coordination and information sharing between different levels of care and among health care professionals, often using digital solutions. And finally, some are working on standardized documentation, and indicator sets to make care more evidence-based.

ADAPTATION AND TRANSFERABILITY

Benedetta to Heléna: That looks like a massive work to manage and coordinate. And tell us Helena, are the problems addressed by the various pilots specific to their regions and health systems? Or are there common challenges across countries? And what does this mean for the possibility of scaling up solutions or implementing them in different contexts?

Heléna: That is an interesting question, thank you, Benedetta for bringing it up. What we see is that, across countries, projects are working on the same core elements of integrated care such as multidisciplinary collaboration, patient involvement, decision-support tools, IT solutions, or community support. But the way these are implemented looks very different depending on the local characteristics, resources, or cultural context. Take post-discharge care: in one region, patient follow-up might be organized mainly through general practitioners. In another, specialist doctors take the lead, and the hospital provides the care coordination. Elsewhere, dedicated care coordinators are introduced.

The principle is always the same: do not let go of the patient's hand – but the organization varies widely. That's why we put so much emphasis on understanding local realities.

The pilot sites analyzed their infrastructure, human, IT, and financial resources, existing care pathways, their stakeholders, and they identified barriers and enablers within and outside their organizations. In fact, the first year was devoted to this preparatory work. But, even though the solutions are highly tailored, we expect them to be valuable for others, because we are tracking and analyzing not just

what works but why it works in a given setting. This way, future implementers will have a menu of tested options to choose from, making adaptation faster and easier. And our hope is that many of these pilot projects will ultimately become recognized European best practices.

COMPONENTS OF INTEGRATED CARE

Benedetta to Heléna: From your experience leading Work Package 9, what are the key components that make integrated care effective and meaningful? What must be present for a care model to be truly “integrated” and enable personalisation? And how do digital tools help make this possible?

Heléna: For me, integrated care means the coordinated operation of the different components, levels, and actors of care across time and space – tailored to the individual characteristics, preferences, and capacities of each patient.

We know that chronic diseases, like diabetes, require complex care and lifelong management. No single profession can handle that alone. Dietitians and endocrinologists to GPs, nurses, physiotherapists, psychologists, podiatrists, diabetes educators, and the related specialists like ophthalmologists, neurologists, cardiologists, they all have a role. It’s easy to see how patients can get lost between all these points of care, important steps or interventions can be missed if roles and responsibilities aren’t clearly defined. On the other hand, duplication can also become a problem if the same assessments or tests are repeated across different providers because existing information is not accessible, shared, or validated. This can also lead to significant delays in care.

That’s why clearly defined roles, well-structured pathways, and information sharing are all essential elements. Still, even the best designed care will fail if a patient does not, or cannot, follow through.

To earn a patient’s cooperation, we have to equip them with the right information and skills. This is a resource-intensive process, and one that does not traditionally fall within the scope of classic medical practice. But patient education needs to be a constant, ongoing part of care – delivered in a way that always matches the patient’s current needs and situation. But I would even go one step further. Truly involving patients in their care also means we need to understand what they want and can commit to. People have different preferences – and in some cases, they might be willing to trade off a certain amount of health benefit for something else that brings them more happiness or quality of life. In other cases, people simply do not have the capacity to fully follow the recommended therapy, due to their life situation, socio-economic factors, or biological limitations. That is why it is so important that care plans are developed together with the patient – based on a thorough understanding of their personal characteristics and context, and with full respect for their reality.

Digital solutions can really help here. They connect patients and providers, support decision-making, and make information available in real time. They enable closer monitoring and earlier interventions, while also saving time. And they offer new ways to support patient education. So I believe that, beyond a certain point, modern integrated care simply isn’t possible without strong digital support.

LESSONS LEARNED

Benedetta to Heléna: Have any promising lessons or early results emerged already from the pilots? What are some barriers you've encountered in implementing these new care models? What advice would you give to others trying to improve integrated care in their regions?

Heléna: That is an exciting question. It's still a bit early to talk about concrete successes, as most of the pilot projects have only been running for less than a year, but we already see some important lessons.

One key factor is how implementation is managed. Some pilots are led by clinicians, others build on earlier project experience, some are led by public health institutes or care coordination bodies. I believe that by now, all of our pilot projects have recognized the importance of implementation. For example, we placed special emphasis on ensuring that stakeholders were involved as early and as fully as possible. Thanks to that, in some pilots where there were initial concerns that it might be difficult to recruit GPs or patients to participate voluntarily, they actually found that interest was much higher than expected.

Another factor is leadership support. Without real support from senior management or government bodies, projects can work locally but remain hard to scale. This is a particularly critical issue because changes at these higher levels are typically beyond the control of the project teams – and often unpredictable. What we have already seen is that the more significant delays and disruptions have often been linked to changes in leadership or institutional restructuring.

Digital solutions also need to fit with broader systems. Even the best tool won't last if it doesn't connect with local and national infrastructure.

At the same time, some outputs will be easier to transfer like patient education materials, training for healthcare professionals, and research projects using existing databases and algorithm-based methods to detect risks earlier.

So I would definitely encourage people to follow the activities and final outputs of JACARDI and our work package, and we are hopeful that in about two years, we will be able to share the concrete results of 29 successfully implemented pilot projects.

MEANINGFUL ENGAGEMENT

Heléna to Benedetta: But what I would like to ask is that as we mentioned before, integrated care should be person-centred, which cannot happen without involving people with lived experience. I think it would be interesting to know how JACARDI is working to involve people living with diabetes or CVDs in shaping solutions – could you walk us through this?

Benedetta: I believe this is one of the most important dimensions of JACARDI.

If we want care to be truly person-centred, then we must start by listening to and working with people who live with diabetes and cardiovascular disease every day. They know better than anyone what it means to manage these conditions – not just in medical terms, but in the realities of daily life: balancing treatment with work or school, navigating fragmented services, and coping with the emotional and social impact of chronic illness. Involving them is not just the right thing to do ethically – it

is essential if we want care models to actually work in practice.

Health systems are getting better at listening, but too often engagement with people with lived experience remains tokenistic – more of a box-ticking exercise than a genuine partnership.

And listening alone is not enough. Equity matters. People's needs are shaped by age, gender, socio-economic background, ethnicity, or religion. Without an equity lens, we risk designing care models that serve only the "average" patient, while leaving the most vulnerable behind.

That is why in JACARDI we are going further: ensuring that people living with these conditions are not only heard, but actively shaping decisions, and that voices from diverse communities are represented. Our Equity Framework is built on the 4Cs – Critical reflection, Context and data, Co-design, and inclusive Communication.

What we see is that when patients and communities are meaningfully engaged in co-design, the solutions they propose are not only more relevant and acceptable – they are often more cost-effective. They tend to focus on what really matters in practice, avoiding unnecessary complexity. As Dr Warner Slack wrote: "patient is the largest and least utilised resource in healthcare" – and I think JACARDI is proving that when we genuinely tap into this resource, we can design care that is both better and more sustainable.

In JACARDI, these principles are embedded in the methodology. Every pilot project should include an equity lens and begins with the establishment of a stakeholder board, which includes patients' associations, healthcare professionals, and other key actors. These boards are

not symbolic—they are a formal mechanism to ensure people with lived experience are actively shaping priorities, co-designing interventions, and helping evaluate their impact. This ensures that engagement is not symbolic, but built into the structure from the very beginning.

Of course, meaningful engagement is not without challenges. It requires time, resources, willingness to share power and a genuine cultural shift in how we think about "expertise." But when we listen deeply and act on what we hear, we end up with solutions that are more sustainable, equitable, and impactful.

Integrated care will only succeed if it is co-designed with the people it serves, in all their diversity.

OVERCOMING FRAGMENTATION

Heléna to Benedetta: And still, there's always a risk that good pilots stay isolated. Why do you think integrated care solutions often remain fragmented? How can we ensure that what's being developed now (like in JACARDI) becomes practice and not just a solution for few?

Benedetta: That's a crucial question. Too often, promising integrated care models remain isolated pilots because they are not designed with sustainability, scalability, and system integration in mind from the start. Pilots conceived as short-term projects, without mechanisms for transferability, financing, and policy uptake, risk becoming "islands of excellence" that fail to transform or influence the wider system.

To overcome this, three elements are essential: stakeholder engagement, evidence, and transferability.

- 1) Stakeholder engagement comes from engaging policymakers, health authorities, and local stakeholders from day one, ensuring alignment with priorities and resources.
- 2) Evidence requires rigorous assessment across multiple dimensions.
- 3) Transferability demands structured platforms for sharing lessons, adapting solutions to different contexts, and avoiding duplication.

This is exactly the approach JACARDI takes. Our methodology embeds sustainability as a transversal principle: pilots are designed from day one with long-term viability in mind, thinking about how innovations can be integrated, maintained, and scaled within health systems.

In addition, JACARDI implements a structured pilot assessment framework that evaluates different key outcome dimensions such as clinical effectiveness, patient experience, economic efficiency, distributional equity, sustainability, implementation and process outcomes.

These assessments generate robust evidence that validates pilots locally and supports their transfer and scale-up across countries, creating practical, integrated models that can inspire system-wide change.

In JACARDI, we strongly believe the success of the project will not only be measured by the number of pilots implemented, but by the lasting change it enables in how care is delivered across Europe.

CONCLUSION

Benedetta to Heléna and vice versa: Before we close, Heléna, when you think about the future, what does real success

in integrated care across Europe mean to you?

Heléna: Let me get a little sentimental here, especially because I'm quite sure, Benedetta, as a public health expert, you'll be able to give a much more solid professional take on it. So, my vision is that even with all the technological advancements and tools the future will bring, I believe that at the heart of it all, there will be – and should be – true human care. Not just healthcare professionals doing their jobs because that is their duty and what they are trained to do, but people who are truly driven by the desire to care, who want to find the best solutions for each patient, their families, and their communities. And on the other side, I hope we will see patients who do not place all responsibility for their physical and mental health on professionals, but who feel a personal duty to take care of themselves, to nurture and protect their health with intention and accountability. If we can get there, then humanity itself becomes embedded in the system and that's what I believe should be the true integrating element.

Of course, that kind of change goes far beyond any individual care pathway improvement project. It is not just a question of systems or processes – it is a cultural change, and that always takes time. But let's turn to you now, Benedetta, what is your more pragmatic and global public health perspective on this?



Benedetta: After your sentimental answer it is quite difficult to reply. Well, looking to the future, success in integrated care across Europe for me would mean that every person living with diabetes, cardiovascular disease, or any non-communicable diseases experiences care that is seamless, coordinated, and truly tailored to their needs, regardless of where they live, their background, or their circumstances. Integrated care should not be the exception—it should be the standard approach, embedded across primary, secondary, and community health services.

In this ideal future, health systems would be truly person-centred, with patients and communities actively shaping how care is designed and delivered. Decisions would be guided by evidence, but also by lived experience, ensuring equity, inclusion, and respect for cultural, social, and personal diversity at every step. Systems would anticipate risks, support prevention, and enable early detection and self-management, rather than reacting only when illness occurs. Health systems flourish when the voices of those they serve are at the heart of every decision.

To achieve this vision, three fundamental shifts are needed:

- 1) Policy and governance that prioritise integration and incentivise collaboration across services and sectors.
- 2) Health workforce and professional culture that embrace transdisciplinary work, shared responsibility for patient outcomes, and cultural humility—the ability to understand, respect, and adapt to the diverse needs, values,

and experiences of the people they serve, which is one of the value embedded in JACARDI's Equity framework.

- 3) Data, measurement, and learning systems that track outcomes beyond clinical indicators—capturing patient experience, equity, and long-term sustainability—so that innovation can be tested, adapted, and scaled across contexts.

For JACARDI, this vision guides everything we do. We are working to build practical, scalable models, based on evidence and co-designed with patients and communities, that can inspire real system-wide change.

Success will not be a single intervention, but a transformation in how Europe thinks about and delivers care: equitable, coordinated, sustainable, and centred on the person, not the disease.

If we achieve this, the impact will be profound. This is the ideal future I see for integrated care in Europe—and it starts with putting people at the centre, respecting and embracing their diversity, and designing care with them, not for them.

JACARDI (Grant Agreement 101126953) has received funding from the EU4Health Programme 2021-2027. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Benedetta Armocida

MD, PhD; Senior Researcher, Istituto Superiore di Sanità, Italy; Coordinator of JACARDI, Global Health & NCD Policy Expert, GBD Lead Collaborator, Italy

benedetta.armocida@iss.it

Heléna Safadi

MD, PhD; Project Manager Gottsegen National Cardiovascular Center, Hungary; Assistant Lecturer/Expert, Semmelweis University Health Services Management Training Centre, Hungary

helena.safadi@gokvi.eu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 26.

Elfogadva: 2025. 11. 28.

Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Benedetta Armocida, Heléna Safadi. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Szakmai partner: International Diabetes Federation Europe. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

ÁTTEKINTÉSEK

Az anyatej és a szülők edukációjának összefüggése a gyermek fogazatával

The Relationship Between Breastfeeding, Parental Education, and Children's Oral Health

Szerzők: [Dinnyés Katalin Julianna](#), [Lovai Fruzsina](#), [Simon Anna Kata](#), [Gulyás Judit](#)

Doi: [10.58701/mej.19846](https://doi.org/10.58701/mej.19846)

Kulcsszavak: anyatej; szülői felelősség; tejfogak; korai gyermekkori szuvasodás; szájápolás

Keywords: breast milk; parental responsibility; primary teeth; early childhood caries; oral care

Absztrakt

BEVEZETÉS: A gyermekek szájüregi egészségének megőrzése szorosan összefügg a szülők egészségtudatosságával és edukációjával. Az anyatej a csecsemők legértékesebb tápláléka, azonban jelentős tejcukortartalma a helytelen szoptatási szokások és a nem megfelelő szájhigiénés gyakorlatok mellett fokozhatja a korai gyermekkori fogszuvasodás (Early Childhood Caries – ECC) kialakulásának kockázatát. A tejfogazat anatómiai sajátosságai és a gyermekek higiénés rutinjainak hiánya miatt a prevenció különösen nagy jelentőséggel bír az első életévekben.

MÓDSZERTAN: A közlemény szakirodalmi áttekintés formájában vizsgálja az anyatej összetételét, kariológiai (fogszuvasodási) vonatkozásait, a gyermek tejfogazatának sajátosságait, valamint a szülők edukációjának szerepét a megelőzésben. A releváns hazai és nemzetközi források elemzésével feltérképeztük a szoptatási szokások, a táplálkozási rutinok és a szájápolási gyakorlatok összefüggéseit az ECC előfordulásával.

EREDMÉNYEK: A vizsgálatok egyértelműen rávilágítanak arra, hogy a gyermekek szájüregi egészsége döntően a szülők tájékozottságán és felelősségvállalásán múlik. A hosszabb ideig tartó, különösen éjszakai szoptatás, illetve a cumisüveges etetés cukros vagy savas italokkal fokozza a fogszuvasodás kockázatát. A szülők jelentős része későn, az első tejfogak megjelenése után kezdi el a gyermekek szájhigiénéjét kialakítani, holott már a fogatlan szájüreg higiéniája is kiemelten fontos. Az ismerethiány, az alacsony egészségügyi kompetenciák, valamint a hátrányos szociális helyzet további kockázati tényezők. Az információszerezés új útjai – mint a digitális edukációs anyagok és a telemedicina – fontos kiegészítő szerepet tölthetnek be a személyes tanácsadások mellett.

KÖVETKEZTETÉSEK: A korai, célzott szülői edukáció a gyermekek fogászati prevenciójának alapvető eszköze. Az anyatej jótékony hatásai mellett kiemelt figyelmet kell fordítani a kariogén (fogszuvasodásra hajlamosító) táplálkozási

szokások mérséklésére és a szájhigiénés rutinok minél előbbi kialakítására. A hatékony prevenció érdekében multidiszciplináris együttműködés, a családokhoz eljutó, széles körű és megbízható információ, valamint a hátrányos helyzetű közösségek célzott támogatása szükséges. A megfelelően edukált szülők képesek megalapozni gyermekeik hosszú távú szájüregi egészségét, ezzel hozzájárulva a szisztémás egészség és a jólét fenntartásához.

Abstract

BACKGROUND: The preservation of children's oral health is closely linked to parental health awareness and education. Breast milk is the most valuable source of nutrition for infants; however, owing to its high lactose content, inappropriate breastfeeding practices and inadequate oral hygiene can increase the risk of developing early childhood caries (ECC). The anatomical characteristics of primary dentition, combined with the absence of established hygiene routines in young children, make prevention particularly important in the early years of life.

METHODOLOGY: This paper presents a literature review examining the composition of breast milk, its cariological implications, the features of primary dentition, and the role of parental education in prevention. By analysing relevant Hungarian and international sources, we explored the relationship between breastfeeding habits, dietary routines, and oral care practices, and the prevalence of ECC.

RESULTS: The evidence clearly indicates that children's oral health largely depends on parental knowledge and responsibility. Prolonged breastfeeding, particularly at night, as well as bottle-feeding with sugary or acidic drinks, increases the risk of dental caries. Many parents begin oral hygiene routines only after the eruption of the first primary teeth, despite the importance of maintaining the cleanliness of the edentulous oral cavity. Additional risk factors include lack of knowledge, low health literacy, and socio-economic disadvantage. New information channels – such as digital educational resources and telemedicine – may complement face-to-face counselling.

CONCLUSIONS: Early, targeted parental education is an essential tool in the dental prevention of children. Alongside the many beneficial effects of breast milk, special attention should be paid to reducing cariogenic dietary habits and establishing oral hygiene routines as early as possible. Effective prevention requires multidisciplinary collaboration, the dissemination of reliable information to families, and targeted support for disadvantaged communities. Well-informed parents can lay the foundations for their children's long-term oral health, thereby contributing to systemic health and overall well-being.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A gyermekek szájüregi egészsége jelentős mértékben függ a szülők edukációjától, amely kulcs a korai gyermekkori fogszuvasodás megelőzésében.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Korábbi kutatások igazolták, hogy a helytelen szoptatási és táplálkozási szokások, valamint a hiányos szájhigiéné növeli a fogszuvasodás kockázatát.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

A közlemény összefoglalja a legfrissebb szakirodalmi eredményeket és kiemeli a szülői edukáció szerepét a hatékony prevenció stratégiák kialakításában.

BEVEZETÉS

A gyermekek fogászati prevenciójában kiemelkedő szerepet játszik a család, hiszen ebben az életszakaszban a közvetlen családi környezet alakítja ki a normákat és a szokásokat, innen gyökerezik a napi rutin és az egészséggel kapcsolatos tudás nagy része. Mivel a család az elsődleges szocializációs színtér, az ő tudásuk és az előzetes tapasztalataik határozzák meg a gyermek szájápolási szokásait. Ebben a korban a tanulás egyik irányító ösztöne a személyes kíváncsiság és érdeklődés (Kis-György & Bársony né Kis, 2021). Az első évek során a szülő/gondozó feladata, hogy gyermekének minden alapvető higiéniai szükségletét kielégítse, ennek egyik nélkülözhetetlen

összetevője a szájhigiénia. Később ez a segítő szerep tanító szereppé alakul át, amely által a gyermek saját akaratából kezdi el próbálgatni és gyakorolni ezeket a fontos higiéniai szokásokat (Butarbutar, Lasmawanti, Situmorang, & Chaniago, 2022). A szülő feladata, hogy minél tájékozottabb legyen és a legjobb tudása szerint viselje gondját gyermekének, felelősséget vállalva a higiéné fenntartásában.

A tejfogak szuvasodásában a leggyakrabban említett kockázati tényezőnek az egyszerű cukrokban gazdag italok számítanak. Annak ellenére, hogy az anyatej az újszülöttek számára a legértékesebb táplálék, hiszen könnyen emészthető, erősíti az immunrendszerüket, segíti a fejlődésüket és minden számukra fontos tápanyagot tartalmaz. Fogyasztása és a nem megfelelő orális higiéné kapcsolata komoly kockázatot jelenthet a dentális egészségre nézve. Az anyatejben található laktóz (tejcukor), amely egy természetes cukor, elősegítheti a tejfogak szuvasodását. A szájban élő baktériumflóra számára táplálékot jelentve, a lepedék-megtartó szuvas területek kialakulásán túl hozzájárulhat akár a légyszövetek gyulladásának kialakulásához is. Elengedhetetlen, hogy az édesanyák megfelelő edukációban részesüljenek a szoptatási és szájápolási szokásokkal kapcsolatban, hiszen ahogy a felnőtt egyének rendszeres szájápolása nélkülözhetetlen az orális és szisztémás egészség szempontjából, egy fejlődő szervezet, a csecsemő számára ez hatványozottan fontos. Az éjszakai csökkent szájüregi funkciók a kariogén hatások pangását és a kockázat növekedését eredményezhetik, ezért a lefekvés előtti szájtoalett elvégzése elmaradhatatlan a gyermekeknél is (Kawashita, Kitamura, & Saito, 2011).

MÓDSZERTAN

Célkitűzésünk a releváns hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintésével feltárni az anyatej, a táplálkozási és szoptatási szokások, valamint a szülői edukáció

összefüggéseit a gyermekek szájüregi egészségével és az ECC megelőzésével kapcsolatban. A tanulmány célja továbbá, hogy hangsúlyozza a korai edukáció és a multidiszciplináris prevenciók megközelítések jelentőségét. A tanulmány szakirodalmi áttekintés formájában készült, amelynek során hazai és nemzetközi adatbázisok (pl. PubMed, Google Scholar) releváns közleményeit tekintettük át a gyermekek szájüregi egészsége, az anyatej kariológiai vonatkozásai, valamint a szülői edukáció szerepe témakörében. A válogatás szempontjai között szerepeltek a 2010–2024 közötti publikációk előnyben részesítése, a gyermekkorra és a korai gyermekkorra fogszuvasodásra (ECC) fókuszáló vizsgálatok, valamint a prevenció tényezőket tárgyaló tanulmányok bevonása. Az elemzés során kiemeltük azokat a szakirodalmi megállapításokat, amelyek a szoptatási és táplálási szokások, a szájhigiénés rutinok és a szülői ismeretek kapcsolatát vizsgálták az ECC előfordulásával.

EREDMÉNYEK

Az anyatej összetétele

Az utódgondozás egyik legfontosabb eleme az anyatej, amelynek termelődését a prolaktin hormon serkenti. Kulcsfontosságú szerepet játszik a csecsemő megfelelő táplálásában és immunrendszerének erősítésében. Összetételét tekintve az immunológiai összetevők mellett tartalmazza a legfontosabb makrotápanyagokat, szénhidrátokat, fehérjék és zsírok formájában (Yi & Kim, 2021). A tej szénhidrát-tartalma folyamatosan igazodik a csecsemő fejlődéséhez és szükségleteihez, függ az anya állapotától. Utóbbi esetében jelentős felelősség illeti a szoptató édesanya életmódját. Az anyatejben lévő szénhidrátok nagy részét a tejcukor teszi ki. Ez átlagosan 7%, amely az anyatej energia-

tartalmának 40%-át teszi ki (Martin, Ling, & Blackburn, 2016). Ezenfelül az anyatej támogatja a bélflóra megfelelő fejlődését és kialakulását, számos védő tényezővel járul hozzá a gyermek fejlődéséhez és növekedéséhez.

Szájápolás az első években

Sok kérdés merül fel a gyermek szájüregének tisztán tartásával kapcsolatban a laikusok körében. Sokan tévesen úgy gondolják, elegendő akkor elkezdni a szájápolást, amikor megjelenik az első tejfog, hiszen a szájápolást sokszor csak a fogazat tisztításával azonosítják. Valójában azonban a csecsemő szájüregének tisztán tartása már a kezdetektől, a fogatlan szájüreg esetében is elengedhetetlen (Fioravanti, és mtsai., 2022). Az újszülött száját kezdetektől fogva minden etetés után célszerű kitisztítani, valamilyen tiszta és puha, vizes segédeszközzel, mint amilyen például egy textilpelenka vagy gézlap, esetleg szilikon, újra húzható fogkefe és ínymasszírozó. (1. ábra) Ahogyan kibújik az első tejfog (a születést követő 6–7. hónap körül), el kell kezdeni puha sörtéjű fogkefe használatát. (1. ábra) Ezekkel a szülő óvatosan le tudja tisztítani a tejfogakat, viszont az is könnyíti a hozzászoktatást, ha ebben az időszakban rágójátékként ismeri meg a gyermek a fogkefét, szokja az eszközt, annak kézben tartását. Később fokozatosan be lehet vezetni a fogkrémet is a napi rutinba. A fogkrémek választásánál a fluoridtartalom (leggyakrabban ajánlás gyártók által, 0–6 év között: 500 ppm) elsődleges szempont kell, hogy legyen, hiszen a tévhitekkel ellentétben a fluorid a diszpozíciós profilaxis (megelőzés) értelmében képes ellenállóbbá tenni a fogak keményszövetét. Fontos azonban a szülők felelősségére felhívni a figyelmet, a túlzott fluoridfelvétel, a szájban lévő fogkrém-maradványok és a fogkrém lenyelése szisztémás problémákat okozhat.



1. ábra: Szilikon, újra húzható fogkefe és ínymasszírozó (Forrás: <https://a.allegroimg.com/original/11c6fb/f84a556148bf93df7decafb7321c/Fogkefe-0-2-ev-puha-Jordan>)



2. ábra: Puha sörtéjű fogkefe (Forrás: https://curaprox.hu/fogkefek/baba-es-gyermek-fogkefek/baba-fogkefe-p665#/286-baby-toothbrush_colors-zoeld_zoeld)

Két éves korig elegendő lehet napi egyszer megmosni a gyermek fogait, utána viszont ajánlott bevezetni a napi többszöri fogmosást (Kovács & Németh, 2024). A fogmosási folyamatot érdekesebbé lehet tenni a gyermek számára szép színes fogkefékkel, izgalmas új eszközökkel, mesékkel. Lényeges, hogy ezt ne kötelező feladatként éljek meg, hanem játékként és élményként.

A gyermek fogazatának anatómiája

A tejfogazat anatómiai felépítése eltér a maradandó fogazattól, emiatt a fogszuvasodás (caries) progressziója gyorsabb és nagyobb problémát okozhat rövidebb idő alatt.

A legfontosabb különbség a tejfogak és a maradandó fogak között, hogy a tejfogak kisebbek és a zománcréteg, valamint a zománc-dentin arány is kisebb, mint a maradandó fogak esetében. A felszínből mélybe progrediáló folyamatok hamarabb képesek elérni a tejfog vitalitását adó fogbelet. A zománcszerkezetben mikroszkopikus pórusok találhatók, amelyek lehetővé tehetik egyes anyagok bejutását, megkötését. Mindez azt eredményezi, hogy a gyermek fogazata védtelenebb a savas hatásokkal szemben, amely önálló-

an az elfogyasztott táplálékból eredhet és/vagy az orális bakteriális flóra metabolizmusából, amelyet a szénhidrátok (tartós) jelenléte idézhet elő (Carvalho, Lussi, & Nadine, 2022).

A kora gyermekkori fogszuvasodás (ECC) kialakulásában a fő kariológiai tényező az étkezés, ezen belül is a szénhidrátok túlzott mértékű felvétele (Radácsi, 2024).

Az anyatej hatása a tejfogakra

Korábban már említettük, hogy az anyatejnek nagy a tejcukortartalma, evolúciósan annak érdekében, hogy a gyermek elég energiát nyerjen általa. Az anyatej tejcukortartalma azonban jelentősen károsíthatja a tejfogazatot. Mindezek ellenére az anyatej kariogenitásáról különböző véleményeket olvashatunk.

Az általunk felkutatott szakirodalmi álláspont alapján az első életévet követő húzamosabb ideig tartó éjszakai szoptatás megemelheti a caries kialakulásának a valószínűségét. Az anyatej- és tehéntej-fogyasztás eredményeit összehasonlítva a humán táplálás esetében a kialakuló elváltozások jellemzően a tejfogak sima felszíneit érintik, a zománcréteg külső részén megjelenő ásványianyag-kioldódás (demi-

neralizáció), majd destrukciók formájában (Kawashita, Kitamura, & Saito, 2011).

Optimális táplálási és szájhyi- giénés szokások

A kisgyermekkori fogszuvasodás (ECC) hatékonyan megelőzhető az anyák megfelelő oktatásával, különösen a prevencióhoz elengedhetetlen táplálási és szájhyi-
giénés módszerek ismertetésével. Ilyen kulcsfontosságú elem például, hogy a szoptató édesanyák ne szoptassanak közvetlenül altatás előtt, hiszen az éjszaka folyamán a száj öntisztító folyamatai és a nyáltermelés is csökken. Az egyik optimális megoldás erre a problémára, ha a szoptatás után az anya vizet ad gyermekének, és a már korábban említett módok valamelyikével elvégzi a szájtoa-
lettet. A vízfogyasztás kapcsán sem elhanyagolható a csecsemő általános egészsége, ezért az alacsony ásványi-
anyag-tartalmú babavizeket vagy forrált csapvíz alkalmazását kell szem előtt tartani. Egy másik szignifikáns kockázati tényező az ECC etiológiájában a gyermekek cumisüvegből történő itatása cukros, savas italokkal. Ez a fogzománc ásványi-
anyag-vesztéséhez vezet, különösen akkor, ha a hatás gyakran és hosszú ideig fennáll (Kawashita, Kitamura, & Saito, 2011).

Az eredménytelen prevenció következménye és potenciális megoldás

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) egy 2019-es felmérése szerint a magyar 1–9 éves gyermekek 47,8%-ának van ellátatlan szuvas tejfoga (WHO, 2022). Összehasonlítva a 2019-es és a 2022-es kutatásokat Európában a gyerekkori fogszuvasodás gyakorisága csökkenni kezdett az elmúlt években, többek között az életkörülmények javulásának, valamint az óvodai és iskolai prevenciók folyamatok elterjedésének köszönhetően (Szőke & Poul, 2022). Mindez azt bizonyítja, hogy a fogászati megbetegedések többsége megakadályozható, ha kellő egészségtudatossággal kezeljük ezt a népegészségügyi problé-

mát. Az eredmény azonban még így is teendőket jelent a fogászati szakemberek és a szájápolás egyéb szereplői részére. Az egyik legnagyobb eséllyel megelőzhető probléma a fogszuvasodás, hiszen széles körben ismert elsődleges okai vannak, amelyekből a viselkedéses tényezők lát-
hatóan kiemelkednek.

Fontos viszont kitérni a másodlagos etiológiai tényezőkre is, amelyek a konkrét fogszuvasodást előidéző hatások helyett, többek között az érintett gyermek adottságaira, vagy az őt körülvevő közeg egészséggel kapcsolatos hozzáállására utal. A szociális helyzet jelentős befolyással bír a szájüregi egészség alakulására. Hátrányos helyzetű családok körében az egészségtudatosság alacsonyabb szintű, a jövedelmi viszonyok korlátozottak, valamint a motiváció és az ismeretek hiányosak a fogászati prevenció terén (Farágó, Egri, Kovács & Rucska, 2023). A szülők egészséggel kapcsolatos ismerethiánya közvetlen hatással van a gyermek egészségmagatartására, különösen a táplálkozás és szájhyi-
gienia területén. Ebből adódik, hogy az ECC megelőzésében nagy szerepet játszik a szülők egészségügyi kompetenciáinak fejlesztése (Buhr & Tannen, 2020). Mindezek mellett a szülői stressz is megnövelheti a gyermekkorai fogszuvasodás esélyét, hiszen ez összefüggésben állhat az etiológiai tényezők figyelmen kívül hagyásával. Gyakori kockázatot jelent az is, hogy a szülők a fennálló problémák kialakulását külső tényezőknek ítélik meg, ahelyett, hogy felelősséget vállalnának (Hooley, Skouteris, Biganin, Satur, & Kilpatrick, 2012). Ahhoz, hogy minél inkább csökkentsük a fogszuvasodás kialakulásának esélyét, fontos lenne minél hamarabb egészségügyi prevenciók programokat szervezni konkrét fogászati célkitűzésekkel (Szőke & Poul, 2022). A prevenció bástyájaként említhetünk különböző edukációs tartalmakat akár papíralapon, akár digitális formában, prevenciók előadásokat, foglalkozás-sorozatokat, tanácsadás-sal egybekötött workshopokat.

Tájékozott szülők, egészséges gyermekek: az információszerzés új útjai

Nem várható el, hogy minden szülő minden fontos tudással rendelkezzen a csecsemő szájápolás terén, így az előző bekezdés végén felvázolt információ-szerzési módok felértékelődnek. Az internet gyors fejlődésének köszönhetően könnyen hozzáférhetővé váltak a prevencióval, vagy egészségfejlesztési szokásokkal kapcsolatos online oldalak és források. Ezek a források sokszor lehetőséget adnak arra, hogy a laikus ember eldöntse, hogy saját maga képes-e megoldani a problémát, vagy inkább célszerű szakemberhez fordulnia (Ryan & Wilson, 2008). Természetesen ez kockázatokat is rejt magában, hiszen egy pontatlan kereséssel, nem megfelelő minőségű/hitelességű anyaggal könnyen félreinformálódhatnak a szülők, és ezzel esetleg indirekt vagy direkt módon kárt is okozhatnak gyermeküknek. A technológia fejlődésének köszönhetően ma már könnyen elérhetők olyan szakemberek, akik személyes találkozás nélkül, a telemedicina lehetőségeivel élve pontos és megbízható tanácsot tudnak adni a bizonytalan szülők számára (Jung, Daragó, Ispán, Bendes & Dinya, 2013). Ez a módszer azonban nem helyettesítheti teljes mértékben egy olyan, rendkívül gyakorlatias téma esetében a személyes találkozókat mint a szájápolás.

MEGBESZÉLÉS

Az elemzett szakirodalom alapján megállapítható, hogy a gyermekek szájüregi egészsége szoros összefüggést mutat a szülők edukációjával és egészségtudatosságával. A hosszan tartó, különösen az éjszakai szoptatás, valamint a cukros és savas italok cumisüvegesből történő adása jelentős kockázati tényező az ECC kialakulásában. A tanulmányok szerint a szülők többsége csak a tejfogak megjelenése után kezdi el a gyermekek szájhigiénés szokásainak kialakítását, noha a fogatlan szájüreg tisztán tartása már az első életnapoktól szükséges lenne. A

hiányos egészségügyi kompetenciák, a szociális hátrányok és az információhiány együttesen növelik a fogszuvasodás kockázatát. A prevenciós stratégiákban hangsúlyos szerepet kell kapnia a célzott szülői edukációnak, a könnyen elérhető, megbízható információforrások biztosításának (digitális és személyes formában egyaránt), valamint a multidiszciplináris együttműködésnek.

KÖVETKEZTETÉSEK

A gyermekek szájüregi egészségének megőrzése nagymértékben múlik a szülők egészségtudatosságán és megfelelő edukációján, mivel ők biztosítják a prevenció folyamatának irányítását és felügyeletét. Az anyatej kedvező hatásai mellett fontos figyelmet fordítani a magas cukortartalmú ételek és italok szájüregi következményeire, különösen a szoptatási és táplálási szokások összefüggésében. A csecsemőkori szájápolási szokások korai kialakításával kialakíthatjuk a gyermek higiénés rutinját, amelyet a későbbiekben, a fejlődés üteméhez igazítva, személyre szabott és jól bevált szájhigiénés gyakorlatokká formálhatunk, megalapozva ezzel akár a szisztémás egészséget és a jólétet.

Munkánkban megfogalmazott gyakorlati ajánlások részben túlmutatnak a jelenleg elterjedt gyakorlaton, így véleményünk szerint újdonság értéket képviselnek. Kiemelt figyelmet érdemel a szoptatást követő szájhigiéné bevezetése, amely a fogászati prevenció egyik hatékony és egyszerű eszköze lehet. Mindezekben túl fontos hangsúlyozni, hogy az újszülöttek és a hat hónapnál fiatalabb csecsemők esetében, különösen igény szerinti és éjszakai szoptatások során, a rendszeres szájápolás gyakorlati kivitelezése nehézségekbe ütközhet. Egy lehetséges megoldásként, főként nappali szoptatásokat követően, néhány korty, megfelelő minőségű vízzel történő itatás segíthet a szájüregben maradó tejcukor-koncentráció hígításában. Ezeket az ajánlásokat

nem kötelező elvárásként, hanem segítő szándékú javaslatként fogalmazzuk meg, maximálisan figyelembe véve a szülés

utáni időszak kiszámíthatatlanságát, az anyaszerep kialakulásának folyamatát és a szülők leterheltségét.

HIVATKOZÁSOK

- Buhr, E. & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 2-3.
- Butarbutar, M., Lasmawanti, S., Situmorang, R. & Chaniago, A. (2022). The Relationship of the Role of Mothers as Educators with Personal Hygiene Actions in Children in Rantau Selatan in 2020. *Science Midwifery*, 796-797.
- Carvalho, T., Lussi, A. & Nadine, S. (2022). Differences in susceptibility of deciduous and permanent teeth to erosion exist, albeit depending on protocol design and method of assessment. *Scientific Report*, 12.
- Faragó, F., Egri, T., Kovács, M. & Rucska, A. (2023). Szájüregi egészség és életmód összefüggései a halmozottan hátrányos helyzetű Észak-kelet-magyarországi régió iskoláiban végzett vizsgálatok alapján. *Multidiszciplináris tudományok*, 349-359.
- Fioravanti, M., Gianni, D., Roberta, A., Maurizio, B., Valeria, L., Gaetano, I. & Iole, V. (2022). Baby Food and Oral Health: Knowledge of the Existing Interaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-3.
- Hooley, M., Skouteris, H., Biganin, C., Satur, J. & Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*.
- Jung, Z., Daragó, L., Ispán, F., Bendes, R. & Dinya, E. (2013). A telemedicina előnyei és hátrányai. *Orvosi Hetilap*, 1167-1169.
- Kawashita, Y., Kitamura, M. & Saito, T. (2011). Early Childhood Caries. *International Journal of Dentistry*, 1-3.
- Kis-György, R. & Bársonyné Kis, K. (2021). Orális egészség fejlesztése II. 61-62.
- Kovács, N. & Németh, A. (2024). A fogászati prevenció fontossága egészségünk érdekében. *Nővér*, 11.
- Martin, C. R., Ling, P.-R. & Blackburn, G. (2016). Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients*, 1.
- Radácsi, A. (2024). Kisgyermekek orális egészsége és fogászati ellátása általános anesztéziában. PhD értekezés. Pécs.
- Ryan, A. & Wilson, S. (2008). Internet healthcare: do self-diagnosis sites do more harm than good? *Expert Opinion on Drug Safety*.
- Szőke, J. & Poul, E. P. (2022). A fogszuvasodás előfordulása gyermekeknél. *Fogorvosi Szemle*, 190-191.
- World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030*. World Health Organization.
- Yi, D., & Kim, S. (2021). Human breast milk composition and function in human health: From nutritional components to microbiome and microRNAs. *Nutrients*, 13(9), 3094. <https://doi.org/10.3390/nu13093094>.
<https://a.allegroimg.com/original/11c6fb/f84a556148bf93df7decafb7321c/Fogkefe-0-2-ev-puha-Jordan>
https://curaprox.hu/fogkefek/baba-es-gyermek-fogkefek/baba-fogkefe-p665#/286-baby_toothbrush_colors-zoeld_zoeld

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Dinnyés Katalin Julianna
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás- és fejlesztés
Szakcsoport, Szeged
dinnyes.kato@gmail.com

Lovai Fruzsina
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged
l.fruzsina05@gmail.com

Simon Anna Kata
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged
simonannakata1@gmail.com

Gulyás Judit
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás- és fejlesztés
Szakcsoport, Szeged
gulyas.judit@szte.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 08. 02.
Elfogadva: 2025. 08. 13.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Dinnyés Katalin Julianna, Lovai Fruzsina, Simon Anna Kata, Gulyás Judit. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

VIZUÁLIS KIVONATOK

Vizuális kivonat: Hogyan teljesít Magyarország az egészségügyében az OECD országaihoz képest?

Visual extract: How does Hungary perform in terms of health compared to other OECD countries?

Ismertető: [Vitrai József](#)

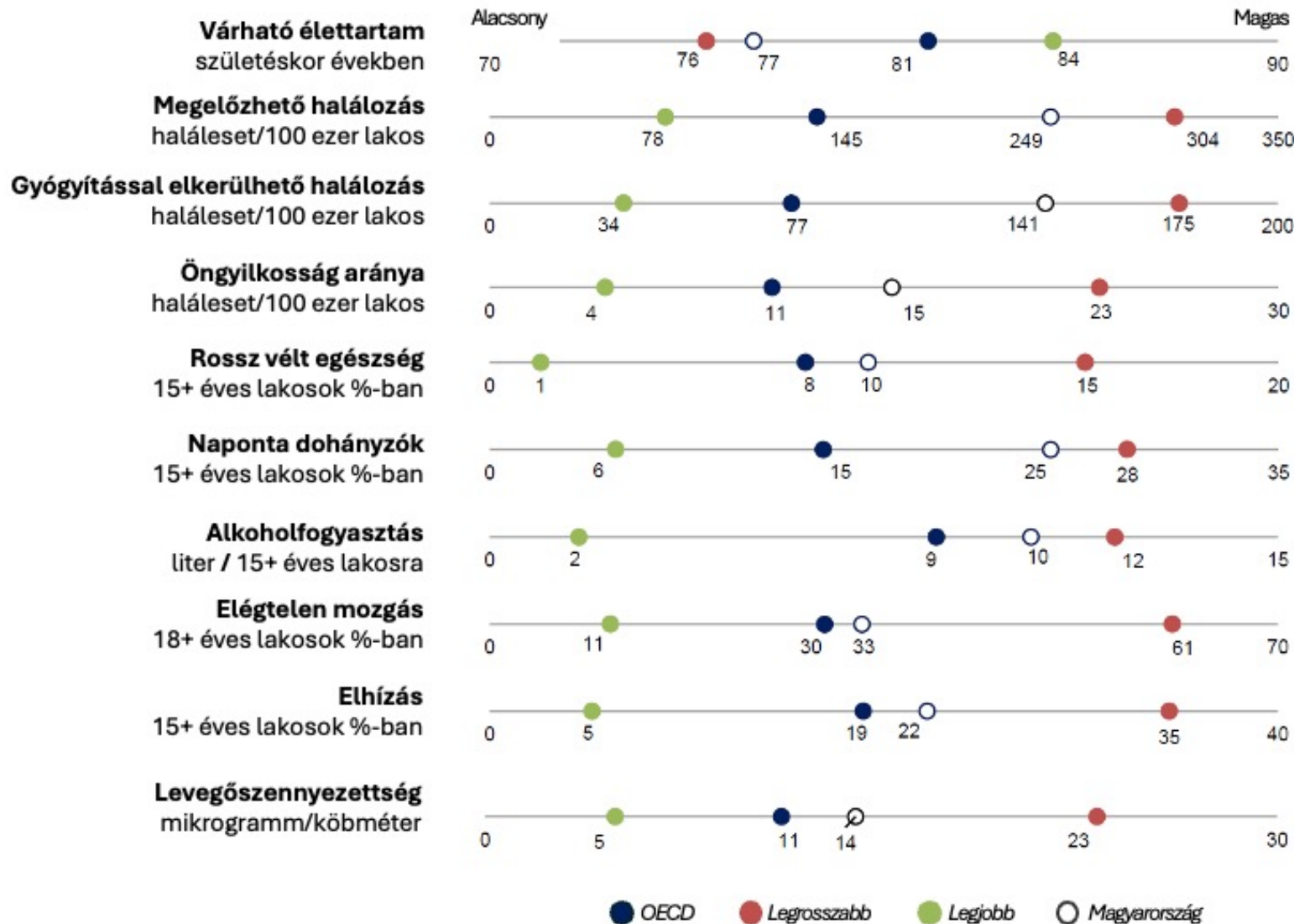
Doi: [10.58701/mej.19880](https://doi.org/10.58701/mej.19880)

Kulcsszavak: egészségi állapot; kockázati tényezők; egészségügyi ellátás; Magyarország; OECD

Keywords: *health status; risk factors; healthcare; Hungary; OECD*

Az OECD Egészségpillanatkép jelentése (*Health at a Glance 2025*) a legfrissebb összehasonlítható adatokat és trendeket tartalmazza a népesség egészségi állapotáról és az egészségügyi rendszerek teljesítményéről.

Az alábbi ábrák összefoglalják, hogy a Magyarország hogyan áll a jelentés mutatói alapján az OECD többi országával összevetve. (Kapcsolódó közlemények: Vitrai, 2024a,b)



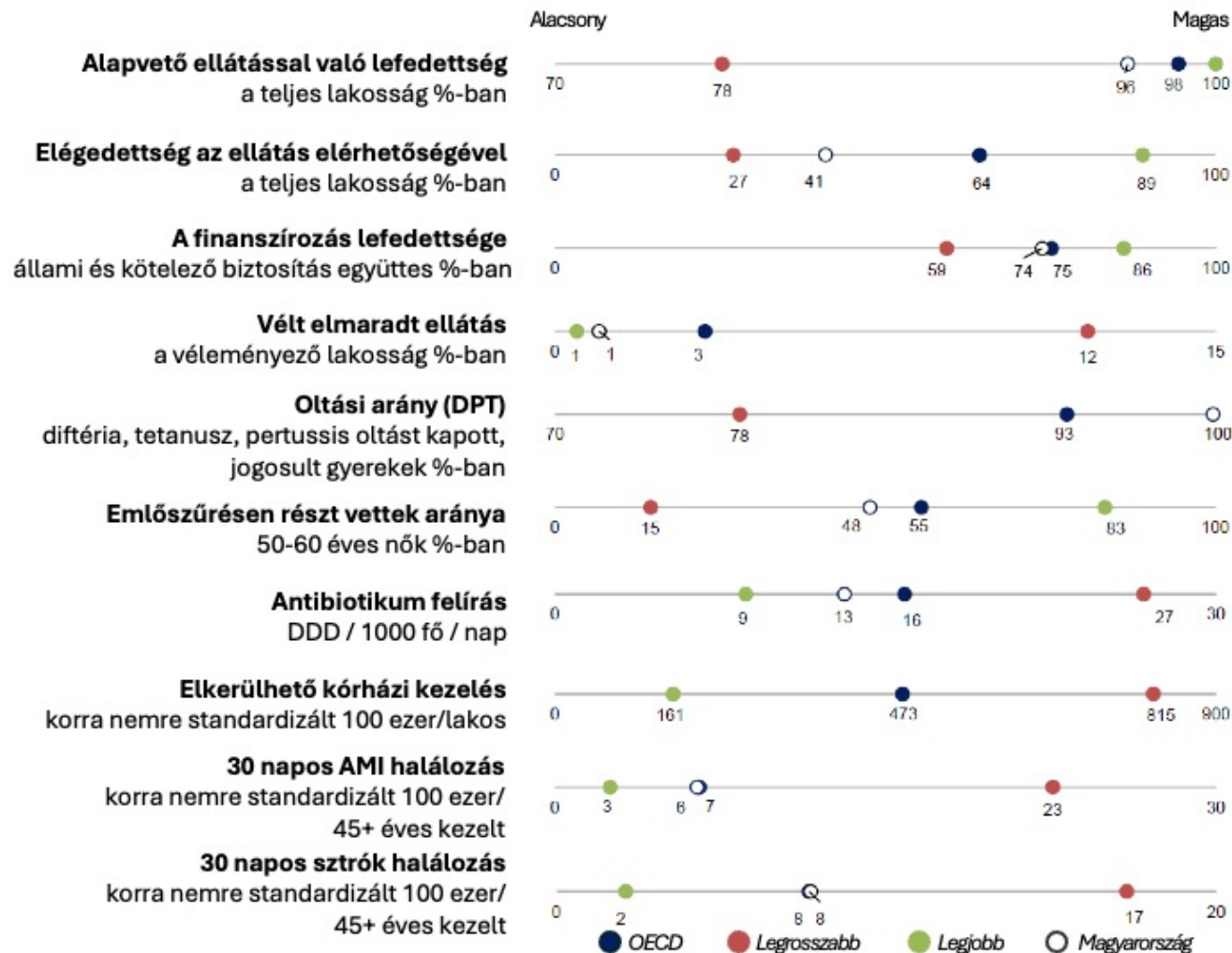
Egészségi állapot

- Magyarországon a várható élettartam 76,7 év volt, ami 4,4 évvel alacsonyabb az OECD-átlagnál.
- A megelőzhető halálozás 100 000 főre vetítve 249 volt Magyarországon (magasabb az OECD-átlagnál, amely 145), a kezelhető halálozás pedig 100 000 főre vetítve 141 volt (magasabb az OECD-átlagnál, amely 77).
- Az öngyilkosságok aránya Magyarországon 15/100 000 fő volt, míg az OECD-átlag 11/100 000 fő volt.
- A magyar lakosság 9,6%-a értékelte egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak (az OECD-átlag 8,0%).

Egészségkockázati tényezők

- A napi dohányzás prevalenciája Magyarországon 24,9% volt, ami magasabb az OECD-átlag 14,8%-ánál.
- Az alkoholfogyasztás magasabb volt az OECD-átlagnál; Magyarországon 10,3 liter/fő szemben az 8,5-tel.
- A magyar felnőttek 33%-a nem végzett elegendő fizikai aktivitást, ami magasabb az OECD-átlagnál (30%).
- Az önbevallásos elhízottság prevalenciája Magyarországon 22% volt, ami magasabb az OECD-átlagnál (19%).
- A magyar lakosság 14 mikrogramm környezeti részecskeszennyezésnek (PM_{2,5}) volt kitéve köbméterenként (az OECD-átlag 11,2 mikrogramm).

1. ábra: A magyar népesség egészsége és a kockázati tényezők legfontosabb mutatói az OECD országokkal összevetve. Magyarország az egészségi állapotot és az egészségügyi kockázati tényezőket mérő 10 kulcsfontosságú mutató közül 0-ban teljesít jobban az OECD átlag (Forrás: az eredeti dokumentum)



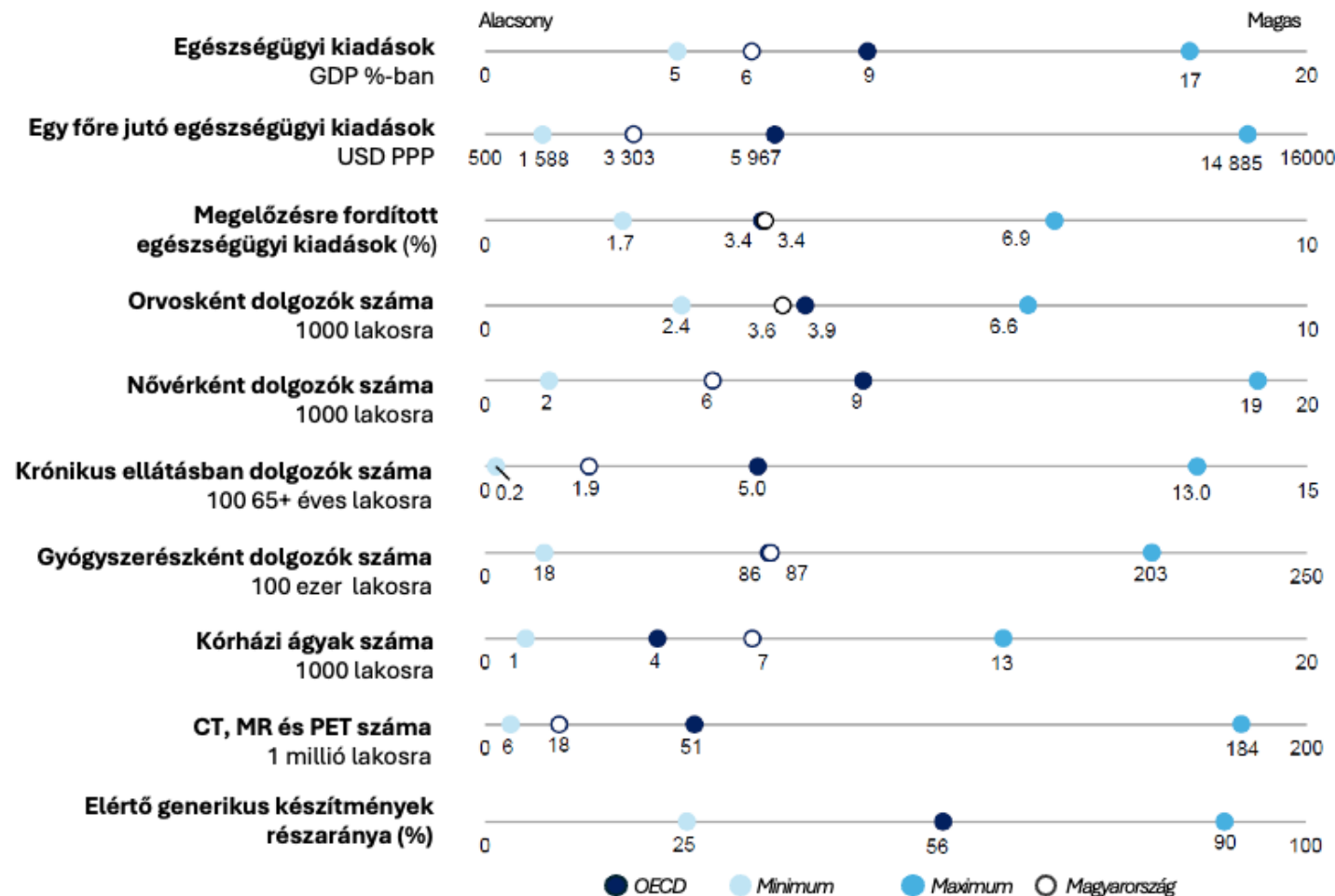
Az ellátáshoz való hozzáférés

- Magyarországon a lakosság 96%-a részesül az alapvető szolgáltatásokból.
- A magyar lakosság 41%-a elégedett a minőségi egészségügyi ellátás elérhetőségével (az OECD-átlag 64%).
- A pénzügyi fedezet tekintetében a magyar kiadások 74%-át kötelező előzetes befizetés fedezi, ami alacsonyabb az OECD-átlagnál (75%).
- Magyarországon az emberek 1,0%-a jelezte, hogy egészségügyi ellátási igényei nem teljesültek, míg az OECD-átlag 3,4% volt.

Az ellátás minősége

- Magyarországon a jogosult gyermekek 100%-a kapott DPT-oltást, ami magasabb az OECD-átlagnál.
- Magyarországon a nők 48%-a vett részt emlőrák-szűrésen, ami alacsonyabb az OECD-átlag 55%-ánál.
- Magyarországon 1000 lakosra 13 meghatározott napi adag antibiotikumot írtak fel, ami alacsonyabb az OECD átlagos 16 adagjánál.
- Az elkerülhető kórházi felvételekről nem állnak rendelkezésre összehasonlítható adatok.
- Magyarországon az AMI utáni 30 napos halálozási arány 6,5% volt (az OECD-átlag 6,5%), a stroke utáni pedig 7,7% (az OECD-átlag 7,7%), a nem összekapcsolt adatok alapján.

2. ábra: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és annak minősége. Magyarország az ellátáshoz való hozzáférés és az ellátás minőségét mérő 10 kulcsfontosságú mutató közül 4-ben az OECD-átlag felett teljesít (1 mutató esetében hiányoznak az adatok) (Forrás: az eredeti dokumentum)



Egészségügyi kiadások

- Magyarország egy főre jutó egészségügyi kiadása 3 303 dollár, ami alacsonyabb az OECD-átlagnál (5 967 dollár, USD PPP).
- Ez a GDP 6,5%-át teszi ki, míg az OECD-átlag 9,3%.
- Magyarország a jelenlegi egészségügyi kiadások 3,4%-át fordítja megelőzésre, ami megegyezik az OECD-átlaggal (3,4%).

Egészségügyi munkaerő

- Magyarországon 1000 lakosra 3,6 gyakorló orvos jut (az OECD-átlag 3,9), és 5,5 gyakorló ápoló (az OECD-átlag 9,2).
- Magyarországon 100 65 év feletti személyre 1,9 hosszú távú gondozási dolgozó jut, ami alacsonyabb az OECD-átlag 5,0-nál.
- Magyarországon 100 000 lakosra 87 gyógyszerész jut, míg az OECD-átlag 86.

Kórházak és felszereltség

- Magyarországon 1000 lakosra 6,5 kórházi ágy jut, ami magasabb az OECD-átlagnál (4,2).
- Magyarországon 1 millió lakosra 18 CT-szkennert, MRI-készüléket és PET-szkennert jut (az OECD-átlag 51).
- A generikus gyógyszerek gyógyszerpiaci részesedésére vonatkozóan nincs összehasonlítható adat.

3. ábra: A magyar egészségügy erőforrásai. Magyarország az egészségügyi rendszer erőforrásait mérő 10 kulcsfontosságú mutató közül 3-ban rendelkezik az OECD-átlagnál több erőforrással (1 mutatóra vonatkozóan hiányoznak az adatok). (Forrás: az eredeti dokumentum)

AJÁNLÁS

Magyarország mind a népesség egészségi állapotára, mind az azt befolyásoló tényezőkre vonatkozóan az OECD átlagánál rosszabb teljesítményt mutat. Az elmarádást jelző mutatók nagy száma alátá-

masztja, hogy átfogó változtatások szükségesek az egészséges életmódot előmozdító népegészségügyben, valamint a betegségek hátrányos következményeit csökkentő egészségügyi ellátásban egyaránt.

HIVATKOZÁSOK

OECD (n.d.) Health at a Glance 2025: Hungary – Country note. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/hungary_da09a524-en.html (Elérve: 2025. 11. 16.)

Vitrai, J. (2024a). Vizuális kivonat: Magyarország - Egészségügyi országprofil 2023. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(1), 11-14. <https://doi.org/10.58701/mej.14086>

Vitrai, J. (2024b). Vizuális kivonat: OECD Egészség-pillanatkép 2023. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(1), 15-16. <https://doi.org/10.58701/mej.14088>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József

Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr

vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 17.

Elfogadva: 2025. 11. 18.

Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: Az Európai Egészségügyi Adattér másodlagos felhasználása

Report: Secondary use of the European Health Data Space

Ismertető: [Balkányi László](#)

Doi: [10.58701/mej.20686](https://doi.org/10.58701/mej.20686)

Ismertetett dokumentum: European Journal of Public Health. (2025). Piloting HealthData@EU – the European Health Data Space (EHDS) for secondary use. European Journal of Public Health, 35(Suppl. 3).
https://academic.oup.com/eurpub/issue/35/Supplement_3

Kulcsszavak: egészségügyi adatok; másodlagos felhasználás; Európai Egészségügyi Adattér; adatmegosztás; népegészségügy

Keywords: health data; secondary use; European Health Data Space; data sharing; public health

Absztrakt

Az Európai Journal of Public Health 2025-ben megjelent különszáma átfogó képet ad az Európai Egészségügyi Adattér (EEA/EHDS) kialakuló rendszeréről, különösen az egészségügyi adatok másodlagos felhasználásának lehetőségeiről és kihívásairól. A hét tanulmány a HealthData@EU pilot projekt tapasztalatain keresztül mutatja be, hogyan közelít az Európai Unió az egységes, kutatási, innovációs és egészségpolitikai célokra is alkalmas adat-infrastruktúra megvalósításához. A cikkek rávilágítanak az interoperabilitás, az adatminőség és az adatvédelem kritikus szerepére; az adatfelhasználási folyamatok feltárása pedig megmutatja, hogy a kutatók milyen akadályokkal szembesülnek az adatok felfedezése, hozzáférése és elemzése során. Kiemelt figyelmet kapnak a fertőző betegségek surveillance-át és a genomikai adatok megosztását érintő felhasználási esetek, amelyek egyszerre bizonyítják a több országot átfogó elemzések megvalósíthatóságát és a harmonizáció szükségességét. A különszám ajánlásokat fogalmaz meg az egészségügyi adatokhoz való hozzáférésért felelős nemzeti szervek (EAT/HDAB) bevezetéséhez, hangsúlyozva az egységes metaadat-katalógusok, a szabványosított engedélyezési folyamatok és a biztonságos feldolgozási környezetek jelentőségét. A kritikai megjegyzések kiemelik a tagállami adatvédelmi eltérésekből fakadó nehézségeket és a kutatói engedélyezés lassúságát. Magyarország aktív részvétele – különösen az adatminőség, interoperabilitás és adatvédelem területein – lehetőséget teremt arra, hogy a hazai egészségügyi rendszer időben felkészüljön az EEA bevezetésére. A különszám hasznos útmutatást nyújt mindazoknak, akik az egészségügyi adatok stratégiai felhasználásával foglalkoznak, és rámutat, hogy az EEA a jövő európai népegészségügyi és egészségpolitikai működésének alapvető pillére lesz.

Abstract

The 2025 special issue of the *European Journal of Public Health* provides a comprehensive overview of the emerging European Health Data Space (EHDS/EEA), with a particular focus on the opportunities and challenges of the secondary use of health data. Through seven studies based on the HealthData@EU pilot project, the issue illustrates how the European Union is progressing toward a unified data infrastructure capable of supporting research, innovation, and health policy making. The papers highlight the critical importance of interoperability, data quality, and data protection, while the examination of data-use processes reveals the obstacles researchers face at each step of discovery, access, and analysis. Special attention is given to use cases related to communicable disease surveillance and genomic data sharing, which demonstrate both the feasibility of multi-country analyses and the persistent need for harmonisation. The issue offers recommendations for the implementation of Health Data Access Bodies (HDABs) and emphasizes the value of standardized metadata catalogues, streamlined access procedures, and secure processing environments. Critical reflections point to the persistent fragmentation of national data protection frameworks and the lengthy approval processes for research access. Hungary's active involvement—particularly in data interoperability, quality, and protection—creates an opportunity to prepare the national health system for the full deployment of the EHDS. Overall, the special issue offers valuable guidance for researchers, policymakers, and practitioners engaged in health data use, underscoring that the EHDS will be a cornerstone of future European public health and health policy operations.

BEVEZETÉS

Az Európai Unió (EU) számos módon és területen segíti a tagállamokban az orvosi – egészségügyi dolgozók tevékenységét. Egy fontos terület a klinikai orvoslásban keletkező adatok átlátható, szabályozott gyűjtése, kommunikációja, feldolgozása, értelmezése. A gyógyítási céllal történő használatot nevezzük elsődleges felhasználásnak. Népegészségügyi szemlélettel jól érthető, hogy a felhasználásnak további rétegei vannak, túl az uniós lakosság mobilitása által kiváltott közvetlen adatkezelési igényen, pl. a teljesítmények minőségbiztosítása, összehasonlíthatósága, az orvostudományi kutatások skálázhatósága terén és még számos más területen is – ez az ún. másodlagos felhasználás.

Az European Journal of Public Health 2025-ben megjelent 3. különszáma foglalkozik részletesen az Európai Egészségügyi Adattér (EEA; angolul: *European Health Data Space*; EHDS) felépülő adattömegének másodlagos felhasználásával. Ennek fontossága nem triviális, nem is könnyen érthető a gyakorló orvos számára – hiszen egyelőre maga az EEA, annak elsődleges szolgáltatásai sem ismertek széles körben. Ugyanakkor a népegészségügyi szakma számára világos, hogy az ágazati tevékenységünket, legyen az a legszélesebb értelemben vett „public health” bármelyik területe csak akkor tudjuk a helyén kezelni, ha működésünk adatait össze tudjuk hasonlítani kollégáinkkal, közvetlen szakmai környezetünkkel, régióinkkal, országokon belül és országhatáron túl is. Ez a szemle a különszám hét cikkén végig követve

összefoglalja az érdeklődő olvasó számára, hol is tart az Európai Unió ezen a téren.

I. Az egészségügyi adatokban rejlő potenciál kiaknázása: a víziótól a valóságig a HealthData@EU kísérleti projektben

(Unleashing the potential of health data: from vision to reality in the HealthData@EU Pilot Project)

Hogyan tudjuk teljes mértékben kihasználni az egészségügyi adatokban rejlő potenciált a kutatás, az innováció és a népegészségügy javítása érdekében egész Európában? Ezt a központi kérdést kezeli az Európai Egészségügyi Adattér rendelet, az EU adatstratégiájának sarokköve.

Az ismertető megjegyzése: Az EEA (*European Health Data Space*) rendelet bevezetésének idővonalát több fontos esemény feszíti ki, a rendelet elfogadásától a teljes körű alkalmazásáig.

A főbb mérföldkövek:

1. 2025. március 5.: A rendelet hivatalosan megjelent az Európai Unió Hivatalos Lapjában.
2. 2025. március 26.: A rendelet hatályba lépett, megkezdve az átmeneti időszakot a teljes körű alkalmazás felé.
3. 2027. március: A Bizottság elfogad több kulcsfontosságú végrehajtási jogi aktust, amelyek részletes szabályokat adnak a rendelet működéséhez.
4. 2029. március: (Az elsődleges felhasználásra vonatkozóan) Az elektronikus betegösszefoglalók, az e-receptek és az e-gyógyszerkiadások határokon átnyúló cseréjét meg kell valósítani, valamint a másodlagos felhasználásra vonatkozó rendelkezéseket is alkalmazni kell.
5. 2031. március: A másodlagos felhasználásra vonatkozó szabályok a fenn-

maradó adat-kategóriákra (pl. genomikai adatok) is hatályba lépnek. Az elsődleges felhasználásra vonatkozóan a második adatkategória-csoport (orvosi képalkotó leletek, laboreredmények, kórházi zárójelentések) határokon átnyúló cseréje is működőképes lesz.

6. 2033. március: A Bizottság értékeli a rendelet végrehajtásának előrehaladását.

Míg az egészségügyi adatok elsődleges felhasználásának javítása felé vezető út már viszonylag jól kitaposott, addig a másodlagos felhasználás – kutatás, szakpolitika alkotása és innováció céljából – régóta szenved a fragmentált hozzáférés, az anonimizálás nehézségei, az adatbázisok epidemiológia kutatás számára alkalmassá tételének időtartama, és a szabványosítás, az egyszerűsített folyamatok hiánya miatt. A HealthData@EU kísérleti projekt döntő szerepet játszott az EEA víziójának megvalósításához szükséges alapok megteremtésében. A szerkesztői cikk azt vizsgálja, hogy a HealthData@EU kísérleti projekt hogyan nyújtott gyakorlati megoldásokat az egészségügyi adatok irányításának jövőbeli alakításához. Az EEA-2 keretrendszer kialakulása egy stratégiai válasz egy kritikus igényre: az EEA-t azért hozták létre, hogy megoldást nyújtson az EU-szerte egységes, hozzáférhető egészségügyi adatinfrastruktúra iránti sürgető igényre. Nyilvánvaló, hogy Európának közös és koherens keretre van szüksége ahhoz, hogy az egészségügyi adatokat teljes mértékben kihasználhassa kutatási, innovációs és politikai célokra.

Az ismertető megjegyzése: Magyarország a konzorcium egyik tagjaként az EEA2 Pilot néven futó kísérleti projektben volt érintett. Az OKFŐ a 17 partnertől álló konzorcium részeként adat-interoperabilitással, adatminőséggel és adatvédelemmel foglalkozó munkacsomagokban működött közre.

II. Az egészségügyi adatok másodlagos felhasználására szolgáló infrastruktúra kísérleti bevezetése: a HealthData@EU Pilot programból levont tanulságok

(Piloting an infrastructure for the secondary use of health data: learnings from the HealthData@EU Pilot)

A HealthData@EU – az elektronikus egészségügyi adatok másodlagos felhasználására szolgáló új, határokon átnyúló technikai infrastruktúra – kulcsfontosságú lesz az EEA ambiciózus céljainak elérésében. 2022-ben a „HealthData@EU kísérleti projekt” 17 partnert hozott össze, köztük potenciális Egészségügyi Adathozzáférési Testületek (EAT; angolul: *Health Data Access Bodies*; HDAB) jelöltjeit, egészségügyi adatmegosztási infrastruktúrákat (nálunk: EESZT) és európai ügynökségeket. Létrehozták és tesztelték a HealthData@EU kísérleti változatát, és ajánlásokat fogalmaztak meg a metaadatokra vonatkozó szabványok, az adatok minősége, az adatok biztonsága és az adatok átvitele tekintetében. A cikk és a Különkiadás többi publikációi betekintést nyújtanak az alkalmazási esetekből (*use-case*) a valós életbeli forgatókönyvekből nyert tapasztalatokba, és rávilágítanak az egészségügyi kutatás kihívásaira is.

Az ismertető megjegyzése: Az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ), a konzorcium tagja, a projektben az egészségügyi adatok másodlagos felhasználásának előkészítésén és megvalósításán dolgozott. Ez magában foglalta az adat-interoperabilitási, adatminőséggel és adatvédelemmel kapcsolatos feladatokat.

III. Az EEA a fertőző betegségek felügyeletében és a gyógyszerek és vakcinák nyomon követésében: egy kísérleti projekt eredményei, amely a felhasználói élményt vizsgálta

(The European Health Data Space in communicable diseases surveillance and monitoring of medicines and vaccines: achievements of a pilot project examining the user journey)

A HealthData@EU kísérleti projekt öt felhasználási eset (*use case*) alapján értékelte a másodlagos adatfelhasználás lehetőségeit, és létrehozott egy kísérleti informatikai infrastruktúrát. A cikk két népegészségügyi felhasználási esetet mutat be és beszámol az informatikai fejlesztéstanulmányokról. A tapasztalatokról a felhasználói út lépései (adatok feltárása -> alkalmazás -> felhasználás -> véglegesítés) alapján számoltak be, amelyeket az első koncepcionális EEA-projekt, az Európai Egészségügyi Adattér Létrehozására Irányuló Közös Fellépés (*The Joint Action Towards the European Health Data Space*; TEHDAS) keretében dolgoztak ki.

Az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) felhasználási esete a COVID-19-betegek-nél előforduló koagulopátiával kapcsolatos eseményeket elemezte, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) által vezetett felhasználási eset pedig a HealthData@EU alkalmazását értékelte az antimikrobiális rezisztencia felügyeletének támogatására.

Az informatikai munkacsomag kidolgozta az információcsere infrastruktúráját. Az alkalmazási esetek azt mutatták, hogy a szabványosított eljárások, amennyiben rendelkezésre álltak, rendkívül előnyösnek bizonyultak. Az alkalmazási fázisban a helyi csomópont-specifikus követelmények lassították a haladást. Sikeresen megvalósult egy elosztott megközelítés a

biztonságos feldolgozási környezetek (SPE) használatával kombinálva. Az informatikai infrastruktúrát kipróbálták, tesztelték és nyílt forráskódként publikálták. Ez támogatja a jövőbeli adatkinyerést és alkalmazásokat. A HealthData@EU kísérleti projekt jelentős előrelépést ért el az adatok feltárhatósága és hozzáférhetősége terén. Az elosztott elemzések és az SPE használata lehetséges megközelítések lehetnek az adatfelhasználási fázisban, amelyek további vizsgálatot igényelnek a TEHDAS2 és más kezdeményezések keretében.

IV. A COVID-19 járvány országok közötti népességi mutatóinak összehangolt feltérképezésének megvalósíthatósága

(Feasibility of mapping cross-country population coronavirus disease 2019 metrics in a federated design: learnings from a HealthData@EU Pilot use case)

A HealthData@EU Pilot részeként a tanulmány hat európai országban vizsgálta a COVID-19 tesztelésének, oltásának és kórházi kezelésének mutatóit, figyelemmel a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekre és a határokon átnyúló adathozzáférés és szabványosítás nehézségeire. Ez a retrospektív kohort tanulmány Belgium, Horvátország, Dánia, Finnország és Franciaország egész területén egységes elemzési keretrendszerrel alkalmazott. Az adatokat az egyes országok egészségügyi adminisztratív, szociális és egészségügyi nyilvántartásaiból kapcsolták össze. A közös adatmodell lehetővé tette a kutatók számára, hogy független elemzéseket végezve is megosszák az összesített eredményeket. A legfontosabb adatfeldolgozási lépések (feltárás, hozzáférés, előkészítés és elemzés) decentralizáltak voltak. A kutatóhelyek között jelentős eltérések voltak az adathozzáférési eljárások, a biztonsági protokollok és a rendelkezésre álló erőforrások tekintetében. A tanulmány

jelentős különbségeket tárt fel a COVID-19 tesztelési, oltási és kórházi kezelési árnyok tekintetében az egyes országokban. Dánia pl. jelentősen magasabb tesztelési és (ezért persze) magasabb fertőzési árnyokat mutatott. A tanulmány kihívásai: bonyolult adathozzáférési eljárások, fragmentált és hiányos társadalmi-gazdasági adatok és pl. a harmonizáció szükségessége. Tanulság, hogy fontos az egyszerűsített, országok közötti adathozzáférési és szabványosítási folyamatok végigvitele, ezzel az EEA keretrendszere kíván foglalkozni. A kísérlet bizonyította a több országra kiterjedő, összevont egészségügyi adatelemzés megvalósíthatóságát, ugyanakkor rávilágított az adathozzáférés és az interoperabilitás korlátaira.

V. Felhasználói utak az egészségügyi adatok európai szintű másodlagos felhasználásában: betekintés az Európai Egészségügyi Adattérbe (EEA)

(User journeys in cross-European secondary use of health data: insights ahead of the European Health Data Space)

Ebben a tanulmányban a szerzők értékelik és bemutatják a kutatók felhasználói tapasztalatait, akik négy európai országban másodlagos kutatási célokra értek hozzá, és használtak egészségügyi adatokat – még az EEA bevezetése előtt. Beszámolókat gyűjtöttek az egyéni és kollektív tapasztalatokról az adatfelhasználás legfontosabb aspektusai – feltárás, hozzáférés, felhasználás és véglegesítés – tekintetében. Az adatokat különböző strukturált és strukturálatlan forrásokból gyűjtötték, beleértve online naplókat, prospektív kérdőíveket, rendszeres találkozókat és interjúkat. A kutatók a felhasználói út különböző lépéseiben szembesültek kihívásokkal. Kiemelhető a nemzeti metaadatkatalógusok adatminőségének egyenlensége, hiányosságai (felfedezési szakasz). A nemzeti szabályozások közötti

különbségek következtében az adatokhoz való hozzáférés időszükséglete jelentősen különbözött (hozzáférési szakasz), az engedélyezési idő néhány hónaptól több, mint egy évig terjedt. A használati szakaszban a kutatók az egészségügyi adatok harmonizálása során szembesültek kihívásokkal a kódolási gyakorlatok eltérései és az adatok ingadozó minősége miatt. A számítási kapacitással kapcsolatos problémák további késedelmet okoztak. Az EEA sikeréhez jelentős kihívásokat kell megoldani. Elengedhetetlen tudásközpontok létrehozása, az együttműködések előmozdítása és a hozzáférési folyamatok egyszerűsítése. Az elemzés aláhúzza az együttműködés, az analitikai reprodukálhatóság és a világos dokumentáció fontosságát.

VI. Genomikus adatok megosztása a kutatásban: jogi kihívások és jövőbeli lehetőségek az Európai Egészségügyi Adattérben

(Genomic data sharing in research across Europe: legal challenges and upcoming opportunities within the European Health Data Space)

A tanulmány egy valós felhasználási esetet (kolorektális karcinóma, áttéttel) vizsgálva elemzi az EEA közelgő bevezetésével járó kihívásokat és lehetőségeket, értékeli a rendelet hatálybalépése előtti és utáni helyzetet. Az esettanulmány a mutációs szignatura, és annak adatainak alkalmazásától a biztonságos feldolgozás során álnevesített (a genetikai károsodások jellegzetes mintázata, amely a mutációk eredetére utal) adatokhoz való hozzáférésig vezető útra összpontosított, elemezve a tagországok közötti adathozzáférési eljárásokat. A szabályozási környezet és azok a kihívások, amelyekkel az EEA-nek szembe kell néznie az egészségügyi adatok (különösen a genomikus adatok másodlagos felhasználásának lehetővé tétele érdekében) összetettek és

heterogének. Kiemelték a jogi követelményeket, beleértve az etikai bizottságok szerepét. Végül elemezték az adatokhoz való hozzáférés megvalósításának sikertényezőit és a hozzáférés megtagadásának okait is, ezzel támogatva a közelgő EEA végrehajtás kialakítását. A genomikus adatok esetében a tájékozott hozzájárulás összetettsége és heterogenitása befolyásolhatja, vagy akár meg is akadályozhatja az adatmegosztási erőfeszítéseket. Noha az EEA egyszerűsítheti a folyamatokat a tagállamokban, elengedhetetlenül fontos, hogy a kiegészítő biztosítékok ne befolyásolják negatívan vagy ne akadályozzák az egészségügyi adatokhoz való hozzáférést, és hogy az EEA infrastruktúrája készen álljon akár nagy mennyiségű genomikus és egyéb adatok hatékony és megfizethető feldolgozására.

VII. Az EEA jövőjének alakítása: ajánlások az egészségügyi adatokhoz való hozzáféréssel foglalkozó szervek bevezetésére az HealthData@EU infrastruktúrában az elektronikus egészségügyi adatok másodlagos felhasználása céljából

(Shaping the future EHDS: recommendations for implementation of Health Data Access Bodies in the HealthData@EU infrastructure for secondary use of electronic health data)

Ahogy fentebb jeleztük, az Európai Unió (EU) tagállamai nehézségekkel szembesülnek az egészségügyi adatok másodlagos célokra történő különböző felhasználása terén. A felhasználást az egyes országok (akár régiók) egymással inkonzisztens digitális egészségügyi rendszerei (és ennek következtében a korlátozott határokon átnyúló adatmegosztás) nehezíti. Az Európai Egészségügyi Adattér egyik célja az egészségügyi adatok másodlagos felhasználásának megkönnyítése a HealthData@EU infrastruktúra és

az egészségügyi adatokhoz való hozzáférésért felelős szervek (EAT) révén. Ez a cikk a pilot projekt alapján a EAT megvalósításához elengedhetetlen ajánlásokat tartalmaz. 2022 októberétől 2024 decemberéig a 4. munkacsomag a HealthData@EU kísérleti projektből gyűjtött információkat, többek között a technikai munkacsomagokból és felhasználási esetekből. Kiegészítő információkat is gyűjtöttek a EAT-ek gyakorlati közösségének tagjaitól és a külső tanácsadó testülettől is. Az adatgyűjtés workshopok, interjúk és kérdőívek formájában történt, tematikus elemzéssel, amely az EEA felhasználói útmutatója és a WHO nemzeti e-egészségügyi stratégiai eszköztára alapján készült. Az ajánlások az infrastruktúrára, a szolgáltatásokra és az interoperabilitásra vonatkoznak. Minden tagállamnak ki kell jelölnie az EAT-eket a másodlagos egészségügyi adatok felhasználásának kezelésére és a határokon átnyúló hozzáférés megkönnyítésére. A másodlagos felhasználás érdekében az adatfeltáráshoz javasolt lépés a EAT-ek és a nemzeti kapcsolattartó pontok által telepített nemzeti infrastruktúra-elemek létrehozása, valamint az újonnan kidolgozott HealthDCAT-AP specifikációnak megfelelő metaadatkatalógusok létrehozása. Javasolt lépés egy közös adatahozzáférési űrlap létrehozása az adatengedély-kérelem folyamatának egyszerűsítése érdekében is. A magas adatminőség és a szemantikai interoperabilitás biztosítása érdekében pedig a harmonizált validációs eljárások alkalmazása is ajánlott. Az EAT-ek HealthData@EU infrastruktúrába történő bevezetése fontos lépés az EU-szerte másodlagos felhasználásra alkalmas, hozzáférhető egészségügyi adatok felé. A hatékony végrehajtáshoz mind nemzeti, mind uniós szinten együttműködésre van szükség, amelynek keretében meg kell oldani az EAT-ek EEA-kereten belüli működésével kapcsolatos fennmaradó bizonytalanságokat.

Az ismertető megjegyzése: Ez a komplex folyamat vezet el az Európai Unió jelenleg fragmentált egészségügyi adatvagyonának megfelelő használatához a tagországok lakossági egészségének megőrzéséhez, javításának, az egészségpolitikai célok eléréséhez.

AZ ISMERTETŐ KRITIKAI MEGJEGYZÉSEI

A különszám világosan mutatja, hogy az EEA koncepciója nélkülözhetetlen Európa versenyképessége és egészségügyi rendszereinek hatékonysága szempontjából. Ugyanakkor a cikkek alapján érzékelhető:

- a nemzeti szintű adatvédelmi szabályozások széttagoltsága lassítja az előrehaladást,
- a kutatói hozzáférés engedélyezési folyamatai még mindig túl hosszadalmasak,
- a magyar részvétel fontos, de a hazai szakpolitika számára szükséges lenne jobban kiaknázni a tapasztalatokat.

KÖVETKEZTETÉSEK

A különszám tanulmányai hasznos áttekintést adnak mindazok számára, akik az egészségügyi adatok felhasználásával foglalkoznak – legyenek kutatók, egészségpolitikai döntéshozók vagy gyakorló szakemberek. Magyarország számára különösen fontos, hogy az interoperabilitás, adatminőség és adatvédelem kérdéseiben proaktív szerepet vállaljon.

AJÁNLÁS

Az European Journal of Public Health különszáma és az arról készített ismertetés különösen releváns a magyar szakemberek számára. Az Európai Egészségügyi Adattér (EEA) bevezetése alap-

jaiban alakíthatja át az egészségügyi adatokhoz való hozzáférést, azok kutatási, szakpolitikai és innovációs célú felhasználását. Magyarország aktív részese a folyamatnak, így a hazai egészségügyi rendszerben dolgozók, kutatók és döntéshozók számára létfontosságú meg-

érteni, milyen lehetőségeket és kihívásokat hordoz ez a fejlődési irány. Az ismertetés segít eligazodni abban, hogyan kapcsolódik mindez a nemzetközi trendekhez, és hogyan használhatók fel a tapasztalatok a magyar egészségügy és népegészségügy fejlesztésében.

HIVATKOZÁSOK

- European Journal of Public Health. (2025). Piloting HealthData@EU – the European Health Data Space (EHDS) for secondary use. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl. 3).
https://academic.oup.com/eurpub/issue/35/Supplement_3
- Raffaelli, F., Dorazil, M., Bernaux, M., Langfeldt, O., Asturiol, D., De Barros, J., Kessissoglou, I., Kustra Mano, L., & Byk, G. (2025). Unleashing the potential of health data: From vision to reality in the HealthData@EU Pilot Project. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl. 3), iii1–iii2.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf003>
- Christiansen, C. F., Doupi, P., Schutte, N., & Ivanković, D. (2025). Piloting an infrastructure for the secondary use of health data: Learnings from the HealthData@EU Pilot. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl. 3), iii3–iii4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf073>
- Schneider, K.L., de Sousa, L.A., Sava, I., Heß, S., Umuhire, D., & Morales, D.R. (2025). The European Health Data Space in communicable diseases surveillance and monitoring of medicines and vaccines: achievements of a pilot project examining the user journey. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl. 3).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf115>
- Vande Catsyne, C.-A., Slot, M., Buble, T., Eriksen, K., Svajda, M., Bradasevic, E., Vukovic, J., Jensen, S. K., Ivanković, H., Doupi, P., Christiansen, C. F., & Schutte, N. (2025). Feasibility of mapping cross-country population coronavirus disease 2019 metrics in a federated design: learnings from a HealthData@EU Pilot use case. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_3), iii11–iii17.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf017>
- Forster, R. B., Alvarez, E. G., Zucco, A. G., Bernal-Delgado, E., Diallo, G., Estupiñán-Romero, F., Ganna, A., Gorman-Asal, M., Hilmarsen, C., Holub, P., Hoeyer, K., Rawat, A., Rod, N. H., Vuorinen, A.-L., & Varga, T. V. (2025). User journeys in cross-European secondary use of health data: insights ahead of the European Health Data Space. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_3), iii18–iii24.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf096>
- Royo, R., Garcia, E., Schlünder, I., Hilmarsen, C., Thomsen, M. K., Cauët, E., Jensen, S. K., Giardina, S., Hebrant, A., Tounougou, G. R., Bulcke, M. V. D., Arenas, J., Christiansen, C. F., Hovig, E., Holub, P., Valencia, A., & Capella-Gutierrez, S. (2025). Genomic data sharing in research across Europe: legal challenges and upcoming opportunities within the European Health Data Space. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_3), iii25–iii31. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf070>
- Svingel, L. S., Jensen, C. E., Kjeldsen, G. F., et al. (2025). Shaping the future EHDS: Recommendations for implementation of Health Data Access Bodies in the HealthData@EU infrastructure for secondary use of electronic health data. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl. 3), iii32–iii38.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf033>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Balkányi László
független kutató
laszlo@balkanyi.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 10. 02.
Elfogadva: 2025. 10. 02.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Balkányi László. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: Elkerülhető halálozás, kockázati tényezők és a nem fertőző betegségek elleni, adatokra alapozott, hatásos szakpolitikák

Report: Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases leveraging data for impact

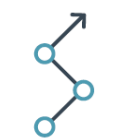
Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19841](#)

Ismertetett dokumentum: Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Kulcsszavak: elkerülhető halálozás; kockázati tényezők; szakpolitikák; nem fertőző betegségek; Európa
Keywords: avoidable mortality; risk factors; policies; noncommunicable diseases; Europe

KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK



A koronavírus-világjárvány (COVID-19) leállította a célok felé haladást. A nem fertőző betegségek (*noncommunicable diseases*; NCD-k) továbbra is a halálozás és a korlátozottság fő okai a WHO európai régiójában. Jelenleg minden ötödik férfi és minden tizedik nő 70 éves kora előtt hal meg szív- és érrendszeri betegségek, rák, cukorbetegség vagy krónikus légzőszervi betegségek következtében.

Ez a jelentés elsőként tárja fel, hogy a nem fertőző betegségek okozta korai halálozás, azaz 75 éves kor előtti csökkentése terén elért javulás megállt a COVID-19 világjárvány idején. Ennek következtében a WHO európai régiója már nem tart a 2010

és 2025 közötti időszakra kitűzött regionális cél, azaz a nem fertőző betegségek okozta korai halálozás 25%-os csökkentése felé. A fenntartható fejlődési cél (SDG) korai halálozási célkitűzése még ambiciózusabb, és nem valószínű, hogy teljesülni fog. A világjárvány a szakpolitikák végrehajtását is megzavarta – míg a WHO legjobb gyakorlatainak bevezetése 2019-ig folyamatosan nőtt, azóta a haladás megtorpant. A szakpolitikák végrehajtása országonként továbbra is jelentősen eltér, ami rámutat arra, hogy minden országnak van még mit javítania.

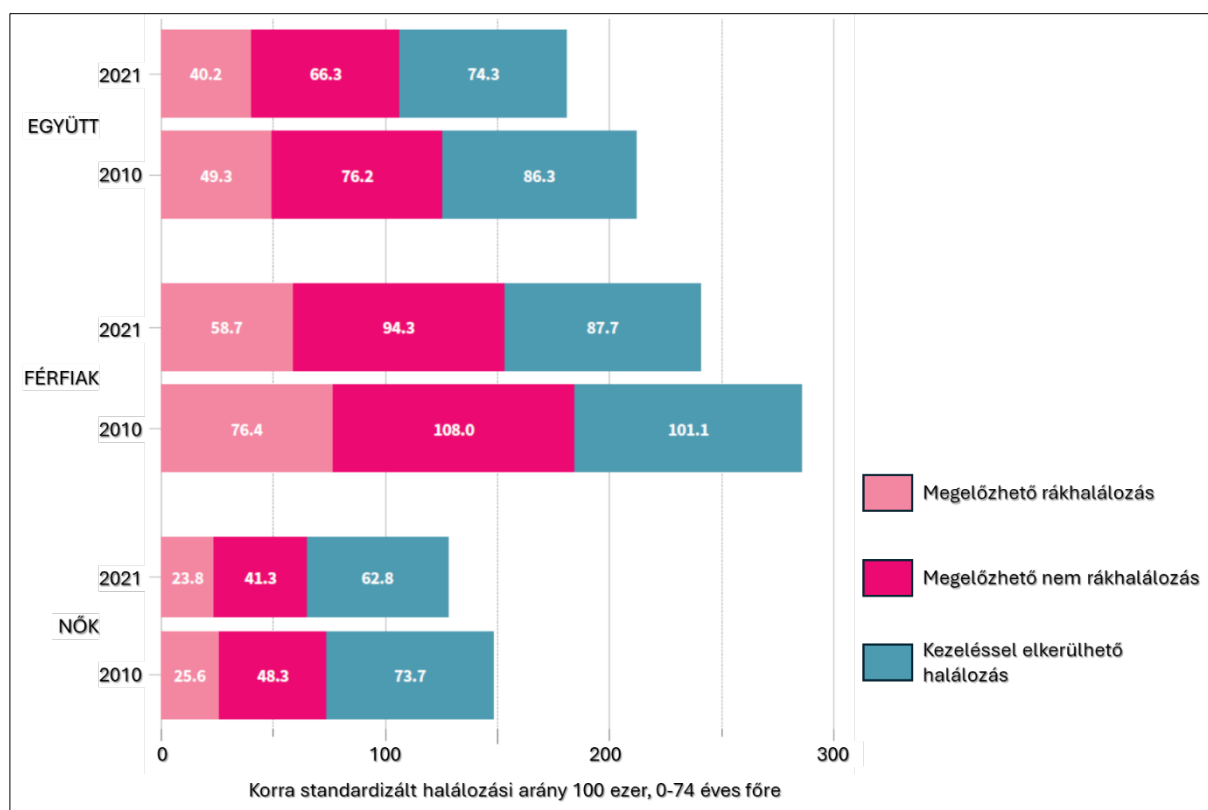


A nem fertőző betegségek miatti korai halálozás: többnyire megelőzhető. A korai halálozás¹ azoknak a 75 év alatti halálozásoknak az összességét

¹ Az angol „avoidable mortality” kifejezést „korai halálozás”-nak, a „preventable mortality” kifejezést „megelőzhető halálozás”-nak, a „treatable mortality” kifejezést „kezeléssel elkerülhető halálozás”-nak fordítottuk.

jelenti, amelyek hatékony népegészségügyi szolgáltatásokkal megelőzhetők vagy megfelelő kezeléssel elkerülhetők. [1. ábra] A WHO európai régiójában a nem fertőző betegségek okozta 1,8 millió korai haláleset körülbelül 60%-a megelőzhető okokra vezethető vissza, vagyis módosítható kockázati tényezőkkel és alacsony átoltott-

sággal áll összefüggésben, míg a fennmaradó 40% megfelelő ellátással lett volna megelőzhető. A magas jövedelmű országokban az elkerülhető halálesetek aránya hasonló, de a megelőzhető halálesetek aránya nagyobb eltéréseket mutat, ami azt jelzi, hogy a megelőzési erőfeszítések egyenetlenek és megerősítésre szorulnak.



1. ábra: Korai halálozás az Európai Régióban nemeként és együtt, 2010, 2021 (Forrás: eredeti dokumentum) Az ábrán megfigyelhető, hogy az elmúlt évtizedben jelentős javulás volt tapasztalható a korai halálozásban. A megelőzhető halálozási veszteségek a férfiaknál jóval meghaladták a kezeléssel elkerülhetőét, míg nőknél nagyjából azonosak voltak. A férfiaknál a halálozási veszteségek jóval nagyobbak voltak, mint a nőknél.

Az elkerülhető nem fertőző betegségek okozta halálesetek 60%-a olyan megelőzhető okokkal áll összefüggésben, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, az egészségtelen táplálkozás, az elhízás és a fizikai inaktivitás – amelyek mindegyike erőteljesebb népegészségügyi politikákkal kezelhető. A fennmaradó 40% kezelhető okokból következik, ahol a halál időbeni diagnózissal és minőségi ellátáshoz való hozzá-

féréssel megelőzhető vagy késleltethető lenne.



A korai halálozás drága. A nem fertőző betegségek miatti 75 év előtti halálesetekkel kapcsolatos termelékenységi veszteségeket a régióban évente több, mint 514,5 milliárd dollárra becsülik. A magas befektetési hozamra utaló egyértelmű bizonyítékok ellenére a nem fertőző beteg-

ségek megelőzésére fordított finanszírozás továbbra is rendkívül elégtelen.



A kockázati tényezők visszaszorulnak, de nem elég gyorsan ahhoz, hogy a legtöbb célkitűzést elérjük. Bár az

országok közötti különbségek 2010 óta csökkentek, továbbra is jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók. A megelőzhető kockázati tényezők – többek között a dohányzás, az elhízás, a magas vérnyomás és a cukorbetegség – egyre gyakoribbak és egyre inkább a régió keleti részére koncentrálódnak. A szív- és érrendszeri betegségek és a megelőzhető rákos halálozás továbbra is aránytalanul magas a férfiak körében.



A halálozási egyenlőtlenségek csökkennek, de a kockázati tényezők közötti különbségek nőnek. 2010 óta jelentősen

csökkentek az országok közötti egyenlőtlenségek a korai halálozás, valamint a megelőzhető és kezeléssel elkerülhető halálozás tekintetében. Mindazonáltal továbbra is jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók, amelyek nagyrészt a szív- és érrendszeri megbetegedések és a férfiak halálozásának magas arányára, valamint a WHO európai régió keleti és nyugati része közötti különbségekre vezethetők vissza. [2. ábra] Aggasztó továbbá az országok közötti egyenlőtlenségek növekedése a dohányzás, a magas vérnyomás, az elhízás és a cukorbetegség előfordulásában.



Ambiciózus, de megvalósítható célokat kell kitűzni, és meg kell erősíteni az adatgyűjtést és a nyomon követést. A megbízható és időszerű adatok elengedhetetlenek a valódi előrehaladás méréséhez és a felelősségre vonáshoz. Ahogy közeledünk 2030-hoz és előre tekintünk 2050-

re, elengedhetetlenül fontos a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos célok felülvizsgálata és az előrehaladást nyomon követő adatrendszerek megerősítése. Az új célokat ambiciózusnak, de elérhetőnek kell megfogalmazni, a legjobban teljesítő országok eredményeire kell alapozni, és tükrözniük kell a felfelé irányuló konvergencia szükségességét. Be kell fektetnünk a jobb adatokba és azok felhasználásába, hogy nyomon követhessük és erősíthessük a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos válaszintézkedéseket.



A sikerhez átfogó intézkedésekre van szükség mind a megelőzés, mind a kezelés terén. A

sikeres országok tapasztalatai azt mutatják, hogy a megelőzésnek és a kezelésnek kéz a kézben kell járnia, átfogó politikákkal csökkentve a kockázati tényezők előfordulását és erősítve az egészségügyi rendszer nem fertőző betegségekkel kapcsolatos válaszreakcióját, hogy csökkenjen mind a szív- és érrendszeri, mind a rákos megbetegedések okozta halálozás. Bármelyiknek a figyelmen kívül hagyása elkerülhető halálozásokhoz és elmulasztott egészségügyi előnyökhöz vezet. A megelőző beavatkozások gyakran túlmutatnak az egészségügyi rendszeren, ami hangsúlyozza a kormányzati és társadalmi szintű megközelítést.

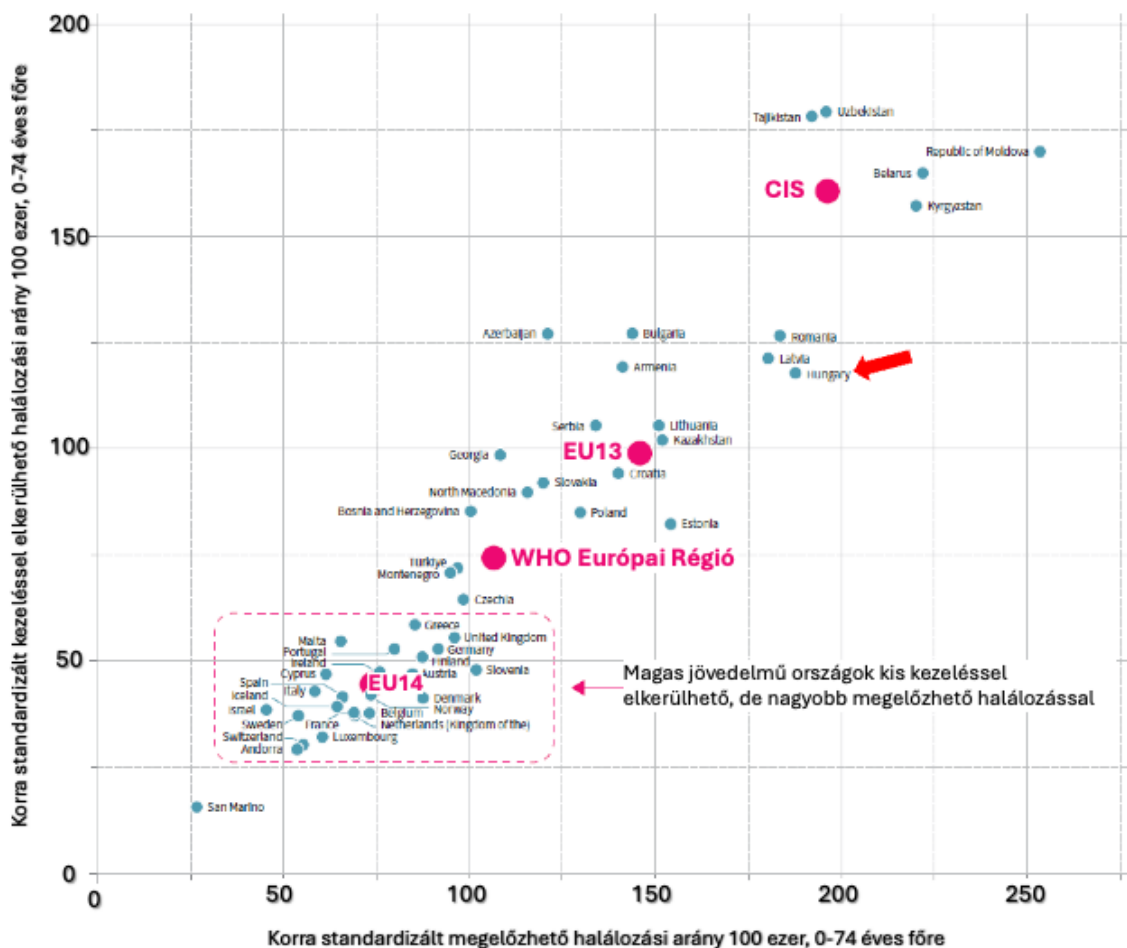


A nem fertőző betegségek kezelése kulcsfontosságú a versenyképesség és az ellenálló képesség szempontjából.

A nem fertőző betegségek hatékony kezelése kulcsfontosságú szerepet játszik a versenyképesség javításában az emberi tőke növelése és a költségek csökkentése révén. A COVID-19-járvány egyik tanulsága a kettős megközelítés fontossága, amely biztosítja a hatékony vészhelyzeti reagálást, miköz-

ben fenntartja az alapvető egészségügyi szolgáltatások nyújtását. Ezért elengedhetetlen, hogy a nem fertőző betegségeket és a mentális egészséget is beé-

pítsék a vészhelyzeti felkészültségi, reagálási és helyreállítási tervekbe, ahogyan azt a WHO új európai stratégiája, a Preparedness 2.0 is előírja.



2. ábra: Megelőzhető és kezeléssel elkerülhető halálozás az Európai Régióban a legfrissebb adatok alapján (Forrás: eredeti dokumentum; CIS: FÁK-országok² átlaga, EU14: 2004-ben az EU-hoz csatlakozó országok átlaga, EU13: 2004 előtti EU tagországok átlaga; vastag piros nyíl Magyarországot jelöli)



Cselekedjünk most: merész lépésekkel a 2030-as célok még elérhetők. A hatékony politikák gyors kiterjesztésével a 2030-as célok még elérhetők.

Az ENSZ Közgyűlésének 2025-ben tartandó negyedik magas szintű találkozója a nem fertőző betegségek megelőzéséről és visszaszorításáról, valamint a mentális egészség és jólét előmozdításáról, vala-

² FÁK: Független Államok Közössége (angolul *Commonwealth of Independent States*; CIS), 1991 decemberében jött létre a Szovjetunió felbomlása nyomán, a hajdani 15 szovjet tagköztársaság közül 12 tagjából: Azerbajdzsán, Fehéroroszország, Grúzia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Moldova, Oroszország, Örményország, Tadszikisztán, Türkmenia, Ukrajna és Üzbegisztán.

mint a második európai munkaprogram kulcsfontosságú lehetőséget kínál az európai válaszlépések újragondolására a nem fertőző betegségek terén. Az összes érdekelt fél határozott politikai elkötelezettsége, az innováció, a gyors és egyéb legjobb megoldások bevezetése, valamint azok végrehajtása elengedhetetlenek a nem fertőző betegségek visszaszorításához, az egészség védelméhez és a fenntartható fejlődés előmozdításához, hogy az emberek hosszabb és egészségesebb életet élhessenek.

A SZAKPOLITIKA VÁLASZAI

2023-ban az Európai Régió országai átlagosan 49%-ban vezették be teljes mértékben a haladási indikátorokat, 32%-ban pedig részlegesen, a szakpolitikai területek között nagy eltérésekkel. Az alkohol szakpolitikák teljes körű bevezetése volt a legalacsonyabb, míg az egészségügyi rendszerre vonatkozó szakpolitikáké a legmagasabb. Az országok kevesebb, mint fele vezette be az ajánlott szinteket több kulcsfontosságú területen, többek között az alkohol, a dohányzás, a táplálkozás és a humán papillomavírus elleni oltás terén. A legkisebb országok, a délkelet-európai országok és a FÁK-országok mutatták a legalacsonyabb bevezetési arányt. Az átlagos eredmények fontos eltéréseket takarnak. Például a nem fertőző betegségek felmérésének teljes körű végrehajtását – beleértve a legfontosabb kockázati tényezők objektív mérését – teljesítő országok aránya 28%-ról 2021-ben 19%-ra csökkent 2023-ra, míg a nem fertőző betegségek elleni interszektoralis stratégiával rendelkező országok aránya 60%-ról 2021-ben 55%-ra csökkent 2023-ra. Az összes négy fő NCD-re vonatkozó iránymutatását bevezető országok aránya 2023-ra 85%-ra nőtt. A WHO európai régiójában minden országban lehetséges a vezetői szerep megerősítése és a WHO

legjobb gyakorlatainak, valamint az NCD-k megelőzésére és ellenőrzésére ajánlott egyéb beavatkozások végrehajtásának fokozása.

Lehetséges az előrelépés. A régió tíz országa már elérte a 2025-re kitűzött célt, miszerint 25%-kal csökkenti a négy fő nem fertőző betegség (szív- és érrendszeri, rák-, cukor- és krónikus légzőszervi betegségek) okozta korai halálozást mind a férfiak, mind a nők körében. A tíz ország – Belgium, Dánia, Észtország, Izrael, Kazahsztán, Luxemburg, Hollandia, Norvégia, Svédország és Svájc – fontos közös jellemzőkkel rendelkeznek:

- átfogó csomagokat vezettek be a WHO legjobb gyakorlatai és egyéb ajánlott szakpolitikák alapján, amit a magas haladásindikátorok-pontszámai is alátámasztanak;
- csökkentették a többszörös kockázati tényezők előfordulását, és megerősítették az egészségügyi rendszerek reagálását a nem fertőző betegségekre, amit a kockázati tényezők szintjének csökkenése, vagy lassabb emelkedése, valamint a megelőzhető és kezeléssel elkerülhető nem fertőző betegségek okozta halálozás jelentős csökkenése (a legtöbb esetben évente több mint 2%-kal) jelez;
- jelentősen csökkentették a szív- és érrendszeri betegségek és a rák okozta korai halálozást (a legtöbb esetben évente több mint 2%-kal).

A jelentésből kitűnik, hogy további 26 ország még elérheti a 25%-os csökkentési célt, ha fenntartja és fokozza a nem fertőző betegségek megelőzésére és kezelésére irányuló beruházásait.

AJÁNLÁS

A nem fertőző betegségek (NCD-k) jelentik a legnagyobb kihívást a magyar nép-egészségügy számára, hiszen a halálozások több mint háromnegyedéért ezek felelősek [Vitrai, 2024a]. Ebben a kontextusban ez a jelentés kulcsfontosságú felismerésekkel szolgál. Megállapítja, hogy Magyarország sajnálatos módon az Európai Régióban a FÁK-országokhoz hasonló szinten áll mind a megelőzhető, mind a kezeléssel elkerülhető halálozás tekintetében (lásd 1. ábra).

Az Eurostat 2022-es adatai szerint³ hazánkban körülbelül 30 ezer megelőzhetőnek és 16 ezer kezeléssel elkerülhetőnek minősíthető haláleset történt. Fontos kiemelni, hogy ezen kategóriák részben átfedésben vannak, így a számok nem egyszerűen összeadhatók. Az Európai Unió tagállamai között a megelőzhető halálozásban az utolsó előtti, a kezeléssel elkerülhető halálozásban pedig az ötödik legrosszabb helyet foglaljuk el. A ked-

vezőtlen helyzet háttérében elsősorban a jelentésben is részletesen tárgyalt fő kockázati tényezők – a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és az elégtelen testmozgás – állnak [Vitrai, 2024b].

A jelentés arra is rámutat, hogy 2023-ban az Európai Régió országainak mintegy egyharmada még nem implementált olyan szakpolitikákat és azok eredményét mérő haladásindikátorokat, amelyek a nem fertőző betegségek visszaszorítását célozzák. Magyarország is ezen országok közé tartozik, ami alapvetően magyarázza kedvezőtlen pozícióinkat a különböző NCD-re vonatkozó egészségügyi mutatók rangsorában.

Azon 10 ország tapasztalatainak átfogó elemzése és hazai adaptálása, amelyek már a kitűzött határidő előtt bevezették és sikerrel alkalmazzák az NCD-kontrollra irányuló szakpolitikákat, várhatóan jelentős és pozitív elmozdulást eredményezne a magyar lakosság egészségi állapotában.

HIVATKOZÁSOK

Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Vitrai, J. (2024a). Szakdokumentum: Halálozás Magyarországon 2023: Keresztmetszeti és időbeli elemzés a 2023-ban elérhető adatok alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(1), 24-27.
<https://doi.org/10.58701/mej.14091>

Vitrai, J. (2024b). Szakdokumentum: Hazai Egészségpillanatkép, 2024: A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(3), 17-20.
<https://doi.org/10.58701/mej.16530>

³ Eurostat Database: Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex.
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cd_eath.hlth_cd_pbt (Elérve: 2025. 07. 30.)

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József

Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment

Tanszék, Győr

vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 31.

Elfogadva: 2025. 09. 21.

Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZIOK

Szakedokumentum: Magyarországi egészségveszteségek, 2025 – Vezetői összefoglaló

Report: Health losses in Hungary, 2025 – Executive summary

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.20844](https://doi.org/10.58701/mej.20844)

Ismertetett dokumentum: Vitrai J. és Horváth V. (2025) Magyarországi egészségveszteségek, 2025 – A magyar lakosság egészségveszteségeinek és kockázati tényezőinek elemzése. – Vezetői összefoglaló
<https://www.doi.org/10.13140/RG.2.2.22697.25445>

Kulcsszavak: egészségveszteségek; halálozás; elvesztett egészséges életévek; egészségkockázatok
Keywords: health losses; mortality; disability adjusted life years; health risks

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A magyar lakosság egészségi állapotát bemutató legutóbbi átfogó nemzetközi értékelések (OECD, WHO, European Observatory, 2023–2024) főként a hagyományos mutatók – mint a halálozás, a betegségek előfordulása és az egészségügyi kiadások – alapján jellemezték a helyzetet. A jelen tanulmány, a korábbihoz hasonlóan (Vitrai, 2024) ezekhez képest teljesebb képet ad, mivel az egészség megromlásából eredő veszteségeket, azaz az elvesztett egészséges életéveket (ELÉV, angolul DALY) is elemzi, valamint az ezek hátterében álló kockázati tényezőket is feltárja. Az elemzés a *Global Burden of Disease* (GBD) részletes adatbázisát felhasználva a 2014 és 2023 közötti változásokat is vizsgálja, továbbá nemzetközi összehasonlításban is értékeli a magyar helyzetet.

HALÁLOZÁS – TARTÓSAN KEDVEZŐTLEN SZINT, LASSÚ VÁLTOZÁS

A halálozás szintje Magyarországon az elmúlt évtizedben gyakorlatilag nem javult: mind a nők, mind a férfiak halálozási rátája magas maradt, és továbbra is jelentősen meghaladja a közép-európai és nyugat-európai országok értékeit. A halál-esetek túlnyomó többsége krónikus nem fertőző betegségekből ered, mindenekelőtt a szív- és érrendszeri kórképekből és a rosszindulatú daganatokból. Ezek a halálokok ugyan valamelyest csökkentek az elmúlt tíz évben, de az összképben ez csak mérsékelt elmozdulást eredményezett.

A nemek közti különbségek továbbra is nagyok: a férfiak körében a halálozás gyakrabban jelentkezik középkorban, és az életmóddal, illetve a mentális egészséggel összefüggő okok – például az alkohol, a májbetegségek és az önsértések – jóval erősebben jelen vannak. A nők esetében inkább az időskorban halmozódó krónikus

betegségek dominálnak. Nemzetközi összevetésben Magyarország továbbra is a legmagasabb halálozási mutatókkal rendelkező országok közé tartozik, különösen a szív- és érrendszeri betegségek és a daganatok tekintetében.

ELVESZTETT EGÉSZSÉGES ÉLETÉVEK – A BETEGSÉGEK TERHE SÚLYOS ÉS NEM CSÖKKEN

A magyar lakosság évente több millió egészséges életévet veszít el betegségek és sérülések következtében. Bár az összesített értékekben az elmúlt tíz évben alig történt változás, a veszteségek szerkezete árnyalt képet mutat.

A nőknél az életévek elvesztésének fő okai a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rosszindulatú daganatok, de a mozgásszervi és mentális zavarok súlya is növekszik, különösen a munkaképes korúaknál. Ez azt jelzi, hogy a nők körében egyre nagyobb szerepet játszanak az életminőséget rontó, de nem feltétlenül halálos állapotok.

A férfiaknál a veszteségek nagyobb része halálos kimenetelű betegségekből és sérülésekből származik. A középkorú férfiak – akik a népesség felét adják – az összes egészségvesztés több mint negyedéért felelősek, ami az életmódbeli és magatartási kockázatok magas szintjére utal.

Nemzetközi összehasonlításban a magyar mutatók mindkét nemnél a legrosszabbak között vannak. A legnagyobb különbség a szív- és érrendszeri betegségek okozta veszteségekben mutatkozik, amelyek Magyarországon több mint kétszeresek az osztrák értékekhez képest. Bár a daganatos betegségekben némi javulás érzékelhető, a teljes betegségteher továbbra is nagyon magas.

KOCKÁZATI TÉNYEZŐK – A VESZTESÉGEK TÖBB MINT FELE MEGELŐZHETŐ LENNE

Az egészségvesztések jelentős része továbbra is módosítható kockázati tényezőkhez kapcsolódik – vagyis elvileg megelőzhető lenne. A férfiaknál az elvesztett életévek több mint fele, a nőknél közel fele ilyen tényezők következménye. A legnagyobb hatású kockázatok a magas vérnyomás, a dohányzás, a túlsúly, a magas vércukorszint és az alkoholfogyasztás voltak.

A nők körében a kedvezőtlen anyagcsere-állapotok (pl. magas vérnyomás, túlsúly) dominálnak, míg a férfiaknál a viselkedési tényezők – különösen a dohányzás és az alkoholfogyasztás – játszanak nagyobb szerepet. A fiatalabb korosztályokban a dohányzás és az alkoholfogyasztás hatása kiemelkedő, de ezek aránya az elmúlt évtizedben enyhén csökkent.

Nemzetközi összevetésben Magyarország minden kockázati kategóriában – viselkedési, anyagcsere-eredetű és környezeti – kedvezőtlenebb helyzetben van, mint a szomszédos országok, különösen Ausztriához képest. A legnagyobb különbség a dohányzás és az étrendi kockázatok terén mutatkozik. Mindez arra utal, hogy a magyar lakosság egészségi állapotának javítása elsősorban a megelőzhető kockázatok csökkentésével lenne elérhető.

ÖSSZEGZŐ ÉRTELMEZÉS

A magyar lakosság egészségvesztései továbbra is súlyosak, és az elmúlt évtizedben csak korlátozott javulás történt. A krónikus, nem fertőző betegségek, a kedvezőtlen életmódbeli szokások és az anyagcsere-eredetű kockázatok együttesen tartják fenn a magas halálozási és betegségterhet. Bár néhány pozitív ten-

dencia – például a dohányzáshoz kapcsolt veszteségek csökkenése – megfigyelhető, a nemzetközi összehasonlítások alapján Magyarország továbbra is a legnagyobb egészségveszteséggel küzdő országok közé tartozik.

A megelőzés és az egészségtudatos életmód támogatása ezért stratégiai népegészségügyi prioritás. Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése, a kockázati tényezők mérséklése és a korai beavatkozások erősítése nélkül érdemi javulás hosszabb távon sem várható.

KÖVETKEZTETÉSEK

A magyar népesség egészségi állapotának javítása nem elsősorban az egészségügyi ellátórendszer teljesítményén, hanem a megelőzhető kockázatok csökkentésén múlik. Az adatok egyértelműen jelzik, hogy a veszteségek döntő hányada az életmódbeli és anyagcsere-eredetű tényezők mérséklésével megelőzhető lenne. Ehhez átfogó, a társadalom egészét elérő, összehangolt közegészségügyi és társadalompolitikai beavatkozások szükségesek.

Elsőbbséget kell kapnia a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a túlsúly és a magas vérnyomás elleni komplex népegészségügyi intézkedések, valamint az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás támogatásának – különösen a fiatal és középkorú férfiak körében, ahol a megelőzhető veszteségek aránya a legnagyobb. Emellett kiemelt feladat a mentális egészség fejlesztése, a stressz és az önsértés megelőzése, valamint a társadalmi-

gazdasági egyenlőtlenségek csökkentése, amelyek a kedvezőtlen egészségi állapot egyik fő strukturális okát jelentik.

A jövőbeli egészségnyereség alapját az adatokon alapuló döntéshozatal, a hosszú távú megelőzési stratégiák következetes megvalósítása, és a lakosság egészségműveltségének erősítése képezheti. Magyarország egészségi felzárkóztatása csak akkor válik reálissá, ha a közpolitika az egészséget nem csupán az egészségügyi ellátórendszer feladataként, hanem a társadalmi jólét és versenyképesség kulcselemeként kezeli.

AJÁNLÁS

Ez a vezetői összefoglaló gyors, áttekinthető képet ad a magyar lakosság egészségi állapotáról az elvesztett egészséges évekről alapján. A hagyományos halálozási mutatókon túl bemutatja az életminőséget rontó, de nem feltétlenül halálos betegségek súlyát is, így teljesebb képet ad arról, hol és hogyan jelentkeznek a legnagyobb egészségveszteségek a társadalomban.

Az összefoglaló különösen hasznos lehet döntéshozók, közegészségügyben dolgozók, helyi programok tervezői és kutatók számára. Rávilágít arra, hogy a veszteségek jelentős része megelőzhető lenne, különösen a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás és a szív- és érrendszeri kockázatok csökkentésével – vagyis ott, ahol közpolitikai, közösségi és egyéni szinten is van mozgástér a változtatásra.

HIVATKOZÁSOK

- Vitrai, J. és Horváth, V. (2025) Magyarországi egészségveszteségek, 2025 - A magyar lakosság egészségveszteségeinek és kockázati tényezőinek elemzése. – Vezetői összefoglaló
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22697.25445>
- Vitrai, J. (2024). Szakdokumentum: Hazai Egészségpillanatkép, 2024: A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(3), 17-20.
<https://doi.org/10.58701/mej.16530>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 06.
Elfogadva: 2025. 11. 06.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Szakdokumentum: Halálozás Magyarországon 2025

Report: Mortality in Hungary in 2025

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.20764](https://doi.org/10.58701/mej.20764)

Ismertetett dokumentum: Vitrai J. (2025) Halálozás Magyarországon 2025. Keresztmetszeti és időbeli elemzés a 2025-ben elérhető adatok alapján. ResearchGate, 2025.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22109.06880>

Kulcsszavak: halálozás; halálok; trend; megyei különbségek

Keywords: mortality; cause of death; trend; difference

BEVEZETŐ

A halandósági viszonyok nem adnak teljes képet a betegségek okozta egyéni, családi és társadalmi veszteségekről. Magyarországon az „idő előtti” halálozás csak az összes elvesztett egészség kétharmadát (63%) tette ki 2023-ban. Emiatt a halálozási elemzésekből levont következtetések csak korlátozottan érvényesek a magyar lakosság egészségére vonatkozóan. A hazai halandósági vizsgálatok eredményei ugyanakkor hozzájárulhatnak egy sikeres megelőzési stratégia kialakításához. A halálozási trendek, a halálokok pontosabb megismerése ugyanis sikerebb beavatkozásokhoz vezethetnek, és ezáltal a hazai halálozási viszonyok gyorsabb javulását eredményezhetik.

Ez a tanulmány a két évvel korábban megjelent jelentéshez hasonlóan a 2025-ben elérhető halálozási adatok átfogó elemzésével az egészségveszteségek csökkentéséhez kínál információt a magyar népesség egészségével foglalkozó szakemberek számára.

A tanulmány Bevezetőjét követő első elemző rész a 2023. évi halálozás okok szerinti megoszlását, annak 2015–2023 időszakban megfigyelhető változását, illetve a lakossági szűrésekkel csökkenthető halálokokat elemzi. A következő elemző rész a magyarországi halálozás és annak nemi különbségei 2015 és 2023 közötti változását mutatja be az időbeli összehasonlításra alkalmas standardizált halálozási mutatók segítségével, illetve a megyei halálozások 2023-es adatait értékeli. A harmadik elemző rész a hazai halálozást nemzetközi kontextusba helyezi a jelenleg elérhető 2015–2022 időszak összehasonlítható adatai alapján.

Az alkalmazott módszertan, a felhasznált adatok forrása az egyes elemző részek elején kerülnek bemutatásra, és az egyes témákat rövid összegzés zárja. A szövegközi ábrákat és táblázatokat a Függelékben található adatok egészítik ki.

Ebben az ismertetőben csupán a szakdokumentum Vezetői összefoglalóját mutatjuk be.

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A magyarországi halálozási adatok 2015 és 2023 között mérsékelt javulást mutatnak, ugyanakkor a nemzetközi összehasonlításban továbbra is az Európai Unió legkedvezőtlenebb mutatói közé tartozik. A haláloki szerkezetben, a nemek közötti különbségekben és a területi eltérésekben egyaránt tartós mintázatok figyelhetők meg, amelyek a népegészségügyi kihívások mélyen gyökerező társadalmi és egészségügyi tényezőkre vezethetők vissza.

Haláloki szerkezet és fő tendenciák

A 2023-as év a halálozások számának jelentős csökkenését hozta, ami elsősorban a Covid-19-járvány lecsengésével magyarázható. A haláloki szerkezet azonban hosszabb távon rendkívül stabil maradt. A halálesetek túlnyomó részét továbbra is a szív- és érrendszeri, valamint a rosszindulatú daganatos betegségek okozzák – a nőknél több mint háromnegyedét, a férfiaknál több, mint ugyanekkora arányát.

A korai halálozás (65 év alatt) továbbra is súlyosan érinti a férfiakat: aránya több, mint kétszerese a nőkének. E korcsoportban a vezető halálokok hasonlóak, de eltérő sorrendben jelentkeznek – a nőknél a daganatos, a férfiaknál a keringési betegségek dominálnak. A fiatalabb férfiaknál a külső okok – pl. balesetek – aránya is számottevően nagyobb.

Változások 2015 és 2023 között

A halálozási arányok mindkét nem esetében mérséklődtek, de a javulás mértéke korlátozott. A nőknél mintegy tizednyi, a férfiaknál kisebb, mintegy huszadnyi csökkenés történt. A javulás főként az agyérbetegségek, a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a krónikus alsó légúti

betegségek halálozásában mutatkozott, míg a mentális zavarok okozta halálozás növekedett.

A férfiak halálozási rátája továbbra is mintegy másfélszerese a nőkének, és egyes betegségeknél (különösen a légző- és emésztőrendszeri betegségek esetében) a különbség még ennél is nagyobb. A nemi különbségek egyes betegségekben növekedtek (pl. szívkoszorúér-betegségek), másokban viszont mérséklődtek (pl. tüdőrák).

Területi különbségek

A halálozás jelentős területi egyenlőtlenségeket mutat. A legalacsonyabb értéket rendszerint Budapesten, a legmagasabbakat az északi és keleti megyékben mérték. A különbségek a férfiaknál nagyobbak, mint a nőknél, és a szív- és érrendszeri betegségek esetében a legmarkánsabbak. A megyék közötti eltérések hátterében nemcsak a társadalmi-gazdasági helyzet, hanem földrajzi, környezeti és ellátási tényezők is szerepet játszhatnak.

Nemzetközi összehasonlítás

A magyar férfiak és nők halálozási mutatói továbbra is az EU legmagasabb értékei közé tartoznak. Bár a 2015 óta tartó trend javulást mutat, a felzárkózás üteme lassú.

A szív- és érrendszeri betegségek terén a lemaradás különösen nagy: a magyar értékek több, mint kétszeresei a nyugat-európai átlagnak. A daganatos halálozás mérsékeltebben, de javult, és e téren némi közeledés tapasztalható az uniós átlaghoz.

A megelőzhető (népegészségügyi beavatkozásokkal) és a gyógyítással elkerülhető (időben és megfelelő orvosi ellátással) halálozások aránya egyaránt az uniós átlag közel kétszerese. Magyarország mindkét mutató alapján az EU országai

között az utolsók között szerepel, és 2015 óta érdemi előrelépés nem történt. Ez azt jelzi, hogy az egészségfejlesztés, a korai felismerés és az ellátás hatékonysága terén a fejlődés korlátozott maradt.

A népegészségügyi szűrővizsgálatok szerepe

A célzott szűrővizsgálatok – az emlő-, méhnyak-, valamint vastag- és végbélrák korai felismerésére – a rákhalálozás csökkentésének eszközei, de népegészségügyi hatásuk elméleti korlátok között mozog. Még ideális körülmények között is – ha minden érintett kiszűrhető lenne, és a kezelés teljes sikerrel járna – a halálozás csak alig 5%-kal százalékkal csökkenne, mivel a szűrésekkel célzott daganatos betegségek az összhálózás viszonylag kis hányadát adják. Ezért a beavatkozások fő iránya nem a szűrés további kiterjesztése, hanem az elsődleges megelőzés erősítése kell legyen: az egészséges életmód támogatása, a kockázati magatartások visszaszorítása, valamint az egészséget támogató társadalmi és környezeti feltételek javítása.

Átfogó következtetések

- A halálozási mutatók kedvező irányban változtak, de a javulás üteme nem elegendő. Magyarország pozíciója az EU-országok között alig javult az elmúlt évtizedben.
- A férfiak halálozási hátránya tartós és jelentős, ami a nemek közötti egészségi egyenlőtlenségek mély strukturális okaira – életmódbeli, társadalmi és ellátási különbségekre – utal.
- A szív- és érrendszeri betegségek továbbra is a legnagyobb népegészségügyi terhet jelentik, és ezen a területen történt a legkisebb nemzetközi felzárkózás.
- A daganatos halálozásban tapasztalható mérsékelt javulás biztató, de a

szűrési és kezelési rendszerek korlátozott hatása mellett az elsődleges megelőzés megerősítése a hatékonyabb irány.

- A területi egyenlőtlenségek és az ellátáshoz való hozzáférés különbségei továbbra is meghatározóak; ezek csökkentése nélkül a népegészségügyi javulás korlátozott marad.
- A megelőzhető és elkerülhető halálozások magas szintje arra utal, hogy a népegészségügyi beavatkozások és az egészségügyi ellátás minőségének, időzítésének és lefedettségének javítása kulcskérdés.
- Összességében a magyar halálozási helyzet lassú javulást mutat, de a nemzetközi felzárkózáshoz strukturális, rendszerszintű változásokra van szükség. A prevenció, az egészségtudatos életmód és az azt támogató környezet, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása, valamint a regionális egyenlőtlenségek csökkentése egyaránt nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a felzárkózással járó javulás tartós és minden társadalmi csoport számára érzékelhető legyen.

AJÁNLÁS

A magyar halálozási adatok alakulása nem pusztán egészségügyi kérdés: tükrözi a társadalom állapotát, az életmódbeli mintákat, az ellátórendszer teljesítményét és az egyenlőtlenségek mélységét. A tanulmány átfogó képet ad arról, hogyan változtak a halálozási mintázatok az elmúlt években, milyen mértékű a javulás, és miért maradtunk mégis tartósan az európai átlag mögött. Az elemzés számos tudományterület – orvostudomány, társadalompolitika, közgazdaságtan, szociológia és környezettudomány – szempontjából is releváns, hiszen bemutatja, hogyan hatnak a társadalmi és gazdasági folyamatok az egészség kimeneteire.

A jelentés különösen értékes azért, mert nemcsak az eredményeket mutatja be, hanem segít megérteni azokat a rendszerszintű tényezőket is, amelyek a halálzási egyenlőtlenségek mögött állnak. Rávilágít arra, hogy a népegészségügyi beavatkozások hatása korlátozott, ha nem egészülnek ki az egészséges életmódot támogató környezeti és társadalmi feltételek erősítésével.

A tanulmány olvasása nemcsak az egészségügyi szakemberek, hanem a döntéshozók, oktatók, szociális szakemberek és helyi közösségek számára is ajánlott. Segíthet abban, hogy az egészségügyi statisztikák mögött meglássuk az emberi történeteket és a társadalmi mintázatokat, és hogy a jövőbeli beavatkozások valóban a felzárkózást, az egészség esélyeinek kiegyenlítését és a hosszabb, egészségesebb életet szolgálják.

HIVATKOZÁSOK

Vitrai J. (2025) Halálzás Magyarországon 2025. Keresztmetszeti és időbeli elemzés a 2025-ben elérhető adatok alapján. ResearchGate, 2025. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22109.06880>

Vitrai J & Bakacs M. (2023) Halálzás Magyarországon. Keresztmetszeti és időbeli elemzés a 2023-ban elérhető adatok alapján. ResearchGate, 2024. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17369.17769>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 17.
Elfogadva: 2025. 11. 19.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának történeti fejlődése

Article review: The historical development of the integration of health and social care

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19864](https://doi.org/10.58701/mej.19864)

Ismertetett cikk: Lee, K. H., & Lee, C. E. (2025). The evolving landscape of health and social care integration: In search of a unifying theory. *Frontiers in Medicine*, 12, 1464699. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1464699>

Kulcsszavak: egészségügyi ellátás; szociális ellátás; integráció; történet

Keywords: healthcare; social care; integration; history

BEVEZETÉS

Az egészségügyi és szociális ellátórendszerek integrációja a 21. század egyik legkomplexebb közpolitikai kihívása. A társadalmi problémák egyre összetettebbé válásával – különösen a népesség elöregedése, a krónikus betegségek terjedése és a társadalmi egyenlőtlenségek fokozódása következtében – egyre világosabbá vált, hogy a hagyományos, szektorális alapon működő rendszerek nem képesek hatékonyan reagálni a valós szükségletekre. A válaszként megjelenő integrációs törekvések azonban nem előzmények nélküli újítások, hanem hosszú távú történeti fejlődés eredményei. Ennek a fejlődésnek a középpontjában az a felismerés áll, hogy az egyének egészségi állapota nem választható el társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti közegetől.

Az egészségügyi és szociális ellátás integrációja mára központi kérdéssé vált a jóléti állam működése szempontjából. Az ellátórendszerek hatékonyságának növelése, a

párhuzamosságok csökkentése és a személyre szabott, holisztikus gondozás biztosítása csak a két rendszer közötti szoros együttműködéssel képzelhető el (KPMG, 2013). Az egészségügyi és szociális ellátás integrációja nem egyszeri reform vagy adminisztratív újítás eredménye, hanem évtizedekre visszanyúló, összetett és fokozatosan kibontakozó folyamat. Jelen ismertetés célja, hogy áttekintést adjon az integráció nemzetközi és részben hazai fejlődéséről, elméleti és gyakorlati fordulópontjairól az ismertetett cikk alapján.

1. Holisztikus egészségfelfogás: a WHO-definíció hatása (1948-tól)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1948-ban megfogalmazott egészségdefiníciója – „a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota” – radikális szakítást jelentett a korábban uralkodó biomedikális szemlélettel, amely a test „javítható gépezetként” való értelmezésére épült. (World Health Organization, 1948). A meghatározás nem csupán orvosszakmai, hanem

morális és társadalompolitikai állásfoglalás is volt, különösen a második világháború utáni történelmi kontextusban. Az új megközelítés az egészséget társadalmi összefüggésekben értelmezte, ami hosszú távon megalapozta az egészségügyi és szociális rendszerek integrációjának igényét. Magyarországon ez a szemlélet az 1970-es évektől kezdődően jelent meg a népegészségügyi diskurzusban, de rendszerszintű implementációja csak később kezdődött el (Ferge, 2008).

2. A biopszichoszociális modell és az emberközpontú megközelítés

George Engel (1977) bio-pszicho-szociális modellje szerint az egészségi állapotot biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők együttesen határozzák meg. A modell szerint a betegségek nem kizárólag biológiai jelenségek, hanem pszichológiai és szociális környezetükből is fakadnak. Ez a paradigmaváltás a klinikai gondolkodásban azt jelentette, hogy a gyógyítás többé nem szűkíthető le a tünetek kezelésére: figyelembe kell venni a betegek életkörülményeit, családi viszonyait, stressz-szintjét, társas támogatottságát is. Az új, emberközpontú szemlélet hozzájárult ahhoz, hogy az orvoslásban és a szociális munkában dolgozók figyelme egyre inkább a beteg életkörülményeire, társas kapcsolataira és pszichés állapotára irányuljon – előkészítve ezzel a szolgáltatások funkcionális integrációját. Ez a modell forradalmi hatással volt az orvosi és pszichológiai szemléletre, és hozzájárult az egyén kontextusban való értelmezéséhez. Magyarországon a pszichiátriai és pszichoterápiás gyakorlatban már az 1990-es évektől terjedtek az integrált megközelítések, de a szociális ellátással való szervezeti együttműködés továbbra is esetleges maradt (Andrejkovics et al., 2013).

3. A társadalmi egészségmeghatározók térnyerése

A 2000-es évektől kezdődően a népegészségügy egyre inkább elismerte a társadalmi-gazdasági tényezők (jövedelmi helyzet, iskolázottság, lakhatási körülmények, etnikai háttér, stb.) egészséget befolyásoló szerepét (Marmot & Wilkinson, 2005). Az ezekre reflektáló közpolitikák az egészségügyi és szociális szektor közötti koordináció igényét már nemcsak szakmai, hanem strukturális és jogi kérdésként is megfogalmazták. A WHO 2008-as zárójelentése (Commission on Social Determinants of Health, 2008) az egészség egyenlőtlenségeinek felszámolására irányuló globális stratégia sarokköve lett. A „társadalmi meghatározók” (*social determinants of health*, SDOH) fogalma bekerült a közpolitikai gondolkodásba, és ez ösztönözte az első olyan modell-kísérleteket is, amelyekben az egészségügyi ellátók aktívan együttműködtek szociális szolgálatokkal, lakhatási programokkal, oktatási vagy civil szervezetekkel. Magyarországon Az első Országos Lakossági Felmérés adatainak elemzésekor vizsgálták az egészség társadalmi meghatározóinak szerepét (Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2001), de az ellátásokban tényleges rendszerösszehangolás csak részlegesen valósult meg.

4. Strukturális integrációs kísérletek és új modellalkotás

A krónikus betegségek terjedése, az előregedő népesség és az ellátórendszerek széttagoaltsága a fejlett országokban sürgetővé tette új, integrált ellátási modellek kialakítását. A gyakorlatban az integrált ellátási modellek (pl. *Chronic Care Model*, *Patient-Centered Medical Home*) célja az volt, hogy összehangolják a különböző ellátási szinteken – háziorvosi, szakorvosi, szociális – dolgozó szakem-

berek munkáját (Wagner et al., 1996). Ezek a modellek sokszor informatikai rendszerekre, közös adatkezelésre és multidiszciplináris csoportokra építettek, de bevezették az ún. „ellátáskoordinátor” (*care coordinator*) szerepkörét is – a két szektor közötti kapocsként. Magyarországon ennek egyes elemei – például az ún. praxisközösségek – a 2010-es évektől indultak el kísérleti jelleggel (Cseh et al., 2021). A szociális szféra bevonása azonban ezekben az esetekben sem volt teljes körű, gyakran projektszerű maradt.

5. Közösségalapú és erőforrás-orientált megközelítések

A közösségi egészségfejlesztésben megjelent az erőforrás-alapú közösségfejlesztés (*Asset-Based Community Development, ABCD*), amely az egyének és közösségek belső erőforrásait helyezte fókuszba a hiányok és problémák helyett, válaszként a deficit-orientált, paternalista szociálpolitikákra (Kretzmann & McKnight, 1993). Az új modell nem a hiányokra, hanem a meglévő közösségi erőforrásokra (helyi tudás, kapcsolatok, szervezetek, önkéntesség) épít. Ez a megközelítés túllépett az ellátás „fogyasztói” logikáján, és aktív részvételre hívta a lakosságot. A szociális ellátás és az egészségfejlesztés ebben a modellben szorosan összefonódik – például az idősök klubja egyszerre lehet egészségmegőrző, társas kapcsolódási és szociális segítségnyújtási tér. A modell célja a helyi közösségek aktivizálása, meglévő erőforrásaik – tudás, hálózatok, közösségi terek – feltérképezésével. A szemléletváltás a szociális és egészségügyi területeken dolgozók közötti együttműködést is elősegítette: nemcsak a szolgáltatások lettek integráltabbak, hanem maga a közösség is szereplővé vált a megoldásban. A lakosság aktív bevonása, a civil szervezetekkel való partneri kapcsolat újraértelmezte az „ellátás”

fogalmát. Magyar példaként említhetők az ún. Biztos Kezdet Gyerekházak (pl. Tarnabod, Ózd), amelyek nemcsak egészségfejlesztési, hanem szociális, oktatási és közösségépítő funkciókat is betöltenek (Balás et al., 2016).

6. A kapcsolatorientált, személyre szabott integráció

A 21. század második évtizedére az integráció szemléleti és gyakorlati szinten is új szakaszba lépett. Az integráció legújabb szakaszában a hangsúly a személyre szabott, értékalapú és kapcsolatorientált megközelítésekre helyeződik. Az ún. *social prescribing* (szociális receptírás) például lehetővé teszi, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok a háziorvos nemcsak gyógyszert, hanem például közösségi kerthez, táncklubhoz vagy önkéntes programhoz való csatlakozást „ír fel” a betegnek. A hangsúly a személyre szabott, kapcsolatorientált, a helyi társadalmi életbe való integrálást elősegítő ellátáson van. (Polley et al., 2017). Ezzel az egészségügyi szolgáltatás kilép a rendelő falai közül, és aktívan kapcsolódik a szociális és kulturális erőtérhez. Ez a megközelítés figyelembe veszi az egyén értékeit, céljait és döntési autonómiáját is, így egyfajta új humanizmust vezet be az ellátásba. Az integráció így nem kizárólag rendszerszintű koordinációt jelent, hanem egy újfajta gondolkodásmódot: az egészséget, mint az egyén és közösség együttműködésének eredményét értelmezi. Magyarországon ilyen jellegű kezdeményezések egyelőre csak szórványosan jelentek meg (pl. néhány háziorvosi praxisban civil együttműködés keretében). Az ágazatközi, értékalapú szemlélet további erősítésére lenne szükség.

ÖSSZEGZÉS

Ez a történeti ív jól mutatja, hogy az egészségügyi és szociális ellátás integrációja nem pusztán menedzsmentkérdés, hanem kulturális, társadalompolitikai és etikai kihívás is. Az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának fejlődése jól illusztrálja azt a hosszú távú elmozdulást, amely a betegségek kezeléséről az egészség, jólét és társadalmi részvétel támogatása felé mutat. A folyamat jelenlegi szakaszában már nemcsak intézményi és pénzügyi szempontokról van szó, hanem emberi kapcsolatokról, közösségi részvételről és értékalapú döntéshozatalról. A folyamat multidiszciplináris, nemlineáris, és egyaránt megkívánja az intézményi, szakmai, jogi és kulturális szintek összehangolását. A jövő egyik legnagyobb kérdése, hogy ez az integráció képes lesz-e a valós szükségletekhez illeszkedő, fenntartható és méltányos megoldásokat nyújtani – különösen a legkiszolgáltatottabb társadalmi csoportok számára.

AJÁNLÁS

Ez az ismertetés átfogó, ugyanakkor közérthető módon mutatja be az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának történeti fejlődését a holisztikus egészségfelfogástól a személyre és közösségre szabott modern megközelítésekig. Az eredeti cikk szerzői több tudományterület – orvostudomány, szociálpolitika, közgazdaságtan és pszichológia – metszéspontjából vizsgálják az integráció elméleti alapjait és gyakorlati megvalósulását. A történeti ív jól érzékelteti, hogy az integráció nemcsak szakmai, hanem társadalmi és etikai kérdés is. Remélem, hogy az ismertetésbe illesztett hazai példák segítik a magyar olvasók reflexióját és rendszerszintű gondolkodását. Hasznos olvasmány mindenki számára, aki az egészség és jólét összekapcsolt dimenzióit komplexen kívánja megérteni.

HIVATKOZÁSOK

- Andrejkovics, M., Gasparik, É., Bokor, P., & Frecska, E. (2013) Az orvoslás és a pszichoterápia új paradigmája: A bio-pszicho-szocio- spirituális (BPSS) modell. *Pszichoterápia*, 22(2), 93–99.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health (Final report). World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/69832>
- Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ferge, Zs. (2008) Miért szokatlanul nagyok a magyarországi egyenlőtlenségek? *Esély*, 2008/2, 3–14.
- Balás, G., Baranyai, Z., Herczeg, B., & Jakab, G. (2016) Biztos Kezdet program hatásvizsgálata. HÉTFÁ Kutatóintézet.
- KPMG. (2013) The integration imperative: reshaping the delivery of human and social services.
<https://kpmg.com/hss>
- Cseh, B., Dózsa, Cs., Dózsa, K. (2021) Praxisközösségi modellprogramok tapasztalatai és aktualitása.
https://medicalonline.hu/cikk_print/praxiskozossegi_modellprogramok_tapasztalatai_es_aktualitasa
(Elérve: 2025. 08. 04.)
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993) *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications.
- Lee, K. H., & Lee, C. E. (2025) The evolving landscape of health and social care integration: In search of a unifying theory. *Frontiers in Medicine*, 12, 1464699. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1464699>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2005) *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- Nemzeti Népegészségügyi Központ. (2001) Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000 (OLEF) kutatási jelentés. Nemzeti Népegészségügyi Központ.
https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/846/Kutatasi_jelentes2000.pdf (Elérve: 2025. 08. 04.)
- Polley, M. J., Fleming, J., Anfilogoff, T., & Carpenter, A. (2017) *Making sense of social prescribing*. London: University of Westminster.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996) *Organizing care for patients with chronic illness*. The Milbank Quarterly, 74(4), 511–544. <https://doi.org/10.2307/3350391>
- World Health Organization. (1948) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 08. 05.
Elfogadva: 2025. 08. 06.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A magyar egészségügy hatékonyságának növelésével plusz 3 életév várható?

Article review: Could increasing the efficiency of the Hungarian healthcare system add 3 more years of life?

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19764](https://doi.org/10.58701/mej.19764)

Ismertetett cikk: Lastuka, A., Breshock, M. R., Hay, S. I., Taylor, K. V., Lim, S. S., Murray, C. J. L., & Dieleman, J. L. (2025). Global, regional, and national health-care inefficiency and associated factors in 201 countries, 1995–2022: a stochastic frontier meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet. Global health*, S2214–109X(25)00178–0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00178-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00178-0)

Kulcsszavak: egészségügyi ellátás; hatékonyság; egészségben várható élettartam; egészségügyi kiadások
Keywords: *healthcare; efficiency; health-adjusted life expectancy; health expenditure*

BEVEZETÉS

A rohamosan növekvő egészségügyi költségek miatt minden kormánynak nehézséget okoz a költségvetés hatékony kezelése. A szerzők célja az volt, hogy 1995 és 2022 között 201 ország egészségügyi kiadásainak hatékonyságát (eredményesség a ráfordításhoz viszonyítva) megmérjék, megbecsüljék egy további egészséges életév költségét, és értékeljék az egészségügyi kiadások hatékonyságával kapcsolatos kontextuális tényezőket.

MÓDSZEREK

A 2023-as *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2023* vizsgálatból és a *Financing Global Health 2024* projektből származó adatokat használták fel az egészségügyi kiadások hatékonyságának becsléséhez, egy speciális statisztikai modellezési technika, egy

ún. nemlineáris sztochasztikus határmetaanalízis modell segítségével, amelyet az egészségre korrigált várható élettartam (HALE), vagy egyszerűbben az egészségben várható élettartam értékelésére terveztek. Ezzel a modell azt a határértéket becsüli meg, amely az adott egészségügyi kiadási szinten elérhető legjobb egészségben várható élettartam-értéket jelenti. A hatékonyság hiányát az ország egészségben várható élettartama és az adott ország kiadási szintjéhez tartozó határérték közötti távolságként mérték. A határértékre kalkulált meredekséget használták egy további egészséges életév költségének becsléséhez, és a hatékonyság hiányát befolyásoló kontextuális tényezőket és politikai változókat regresszióval vetették figyelembe. Így becsülték meg ezen tényezők és az egészségügyi kiadások hatékonyságának hiánya közötti összefüggést.

EREDMÉNYEK

Az egészségügyi kiadások és az egészségben várható élettartam közötti kapcsolat minden kiadási szinten pozitív volt, bár a legtöbb országban fennállt az egészségügyi kiadások alacsony hatékonysága. Globális szinten az egészségügyi kiadások hatékonyságának növekedése megfigyelhető volt 1995 és 2019 között, majd a COVID-19-járvány miatt 2020-ban és 2021-ben jelentősen lecsökkent, 2022-ben pedig jelentősen javult. Az elemzés szerint az egészségügyi kiadások emelése a hatékonyság csökkenését eredményezné a jelenlegi kiadásoktól függően: az egy főre 100 USD-t költő országban az egészséges élettartam egy évvel való meghosszabbítása 92 USD-ba kerülne (95%-os megbízhatósági sáv: 43–239 USD). Az egy főre 5 000 USD-t költő országban viszont az egészséges élettartam egy évvel való meghosszabbításának költsége 11 213 USD lenne (95%-os megbízhatósági sáv: 8 031–57 754 USD). Másképpen, minél magasabb költségszinten áll egy ország, a hatékonyság növelése annál nagyobb költséget jelentene.

A kutatás szerint a hatékonyabb egészségügyi forrásfelhasználással összefüggő tényezők a következők voltak: jobb kormányzás, a kormányzati egészségügyi kiadások magasabb aránya, az egészségügyi ellátáshoz hozzáférést biztosító infrastruktúra és a megelőző egészségügyi intézkedések. Az 1. ábra meggyőzően mutatja, mely tényezők javítják, illetve rontják az egészségügyi forrásfelhasználás hatékonyságát.

Ha a magyar egészségügy 2022-ben olyan hatékonyan működött volna, mint más, hasonló költségvetésű országokban, akkor a magyarok átlagosan 3 évvel tovább élhettek volna teljes egészségben.

Megjegyzendő, minél kisebb ez az érték, annál hatékonyabb az adott ország egészségügyi rendszere, hiszen annál kevesebbet lehetne már javítani a hatékonyságon. Ez a szám 2019-ben még alacsonyabb volt Magyarországon, mert akkor a hatékonyság növelésével várhatóan „csak” 1,6 évvel nőtt volna az egészséges élettartam, tehát a magyar egészségügyi források felhasználása a világjárvány előtt hatékonyabb volt.

Ez a fajta hatékonysági „tartalék” hazánkhoz képest Ausztriában (2,2 év) és Csehországban is kisebb volt (2,5 év). Nálunk a potenciál a javulásra jelentősebb (3 év), csakúgy, mint Lengyelországban (3,4 év) és Szlovákiában (3,5 év). Ez azt jelenti, hogy Magyarországon a harmadik legnagyobb potenciál lenne az egészséges élettartam növelésére a hatékonyság javításával a vizsgált országok között.

KÖVETKEZTETÉSEK

Ezek az eredmények aláhúzzák, hogy az országok jobb egészségügyi eredményeket érhetnek el, még ugyanannyi pénzből is, ha az egészségügyi kiadások hatékonyságának javítására összpontosítanak. A tanulmány megállapítja, hogy a jól működő demokráciák, a szociális védelemre fordított kormányzati kiadások, az egészségügyi ellátáshoz hozzáférést biztosító infrastruktúra, a megelőző ellátás széles körű igénybevétele és a fejlesztési támogatások összehangolása mind összefüggésbe hozhatók a hatékonyság javulásával. A politikai döntéshozók számára ezek az eredmények megvalósítható stratégiákat kínálnak az egészségügyi eredmények optimalizálására a világjárvány utáni helyreállítás és a szigorodó egészségügyi költségvetések idején.



1. ábra: Az egészségügyi ellátás „hatékonytalanságát” befolyásoló tényezők hatásának mértéke (Forrás: az eredeti cikk magyar fordítása; zöld szín jelzi a „hatékonytalanságot” csökkentő, piros a növelő hatást)

AJÁNLÁS

Mivel az egészségre fordított források hatékony felhasználása a korlátozott erőforrások mellett elsőrendű szempont, kiemelt figyelmet kell szentelni a bizonyítottan hatásos beavatkozások alkalmazására. Ez a cikk erre hívja fel a figyelmet. A nem ellenőrzött, gyakran jó gyakorlatnak nevezett intervenciók alacsony eredményességgel járnak, amely végső soron a

nehezen megszerzett források pazarlását jelenti. A kutatás eredményei az egészség javításának multiszektoriális tulajdonságára is rávilágítanak, igazolható, hogy az egészségügyön kívüli beavatkozásoknak is meghatározó szerepe van. Elmondható, hogy a vizsgálat megerősíti a Népegészségügy 3.0 két alapelvét: a komplexitás és a részvételiség szemléletének szükségességét.

HIVATKOZÁSOK

Lastuka, A., Breshock, M. R., Hay, S. I., Taylor, K. V., Lim, S. S., Murray, C. J. L., & Dieleman, J. L. (2025). Global, regional, and national health-care inefficiency and associated factors in 201 countries, 1995–2022: a stochastic frontier meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet. Global health*, S2214-109X(25)00178-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00178-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00178-0)

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 21.
Elfogadva: 2025. 09. 21.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A kormányzás és az egészség globális kapcsolata – A jó kormányzás szerepe az egészségügyi kiadások alakulásában

Article review: The global relationship between governance and health – The role of good governance in the development of health spending

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.20835](https://doi.org/10.58701/mej.20835)

Ismertetett cikk: Azimi, M. N., Rahman, M. M., & Nghiem, S. (2023). A global perspective on the governance–health nexus. BMC Health Services Research, 23, 1235. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10261-9>

Kulcsszavak: kormányzás; egészségügyi kiadások; intézményi minőség; jövedelmi szintek; globális összehasonlítás

Keywords: governance; health expenditures; institutional quality; income level; global perspective

ELŐZMÉNYEK

Az elmúlt évtizedekben a „jó kormányzás” fogalma a társadalom- és gazdaságtudományi kutatások egyik központi témájává vált. A kormányzás minőségének javítása nemcsak a gazdasági növekedés és az intézményi stabilitás, hanem az emberi jóllét és a népegészségügyi eredmények kulcsfontosságú tényezőjévé vált. Bár számos korábbi kutatás vizsgálta az egészségügyi kiadások és a gazdasági fejlettség összefüggéseit, kevesebb figyelem irányult arra, hogy a kormányzás minősége miként befolyásolja az egészségügyi ráfordítások volumenét és hatékonyságát. Azimi és munkatársainak ismertetésre kerülő tanulmánya ezt a hiányt pótolja, és átfogó, globális összehasonlító elemzést végez annak feltárására, hogy a kormányzás minősége – mint makroszintű intézményi tényező – hogyan hat a kormányzati és a lakossági

egészségügyi kiadásokra. A szerzők abból indulnak ki, hogy a „governance for health” (egészségért való kormányzás) megközelítés túlmutat az egészségügyi szektoron, és a társadalmi, gazdasági, valamint politikai rendszerek minőségét is integrálja az egészség fejlesztésébe. A vizsgálat különlegessége, hogy a kutatás 144 ország adatait elemzi 2002 és 2020 között, így a fejlett, közepes és alacsony jövedelmű országok kormányzási struktúráinak és egészségügyi kiadásainak összehasonlítása is lehetővé vált.

MÓDSZERTAN

A kutatás központi eleme egy összetett kormányzati index (*Composite Governance Index*, CGI) létrehozása, amely a Világbank hat kormányzati mutatóját integrálja:

- a részvételiséget és elszámoltathatóságot (*voice and accountability*),
- a politikai stabilitást,
- a kormányzati hatékonyságot,
- a szabályozási minőséget,
- a korrupció kontrollját,
- és a jogállamiság mutatóit.

A szerzők a CGI-t két fő függő változóhoz kapcsolták: a kormányzati egészségügyi kiadásokhoz (*government health expenditure*, GHE), valamint az egy főre jutó lakossági egészségügyi kiadásokhoz (*out-of-pocket expenditures on healthcare*, OPEH).

Az elemzés módszertani szempontból is újszerű: a keresztmetszetileg bővített autoregresszív elosztott késleltetési (*cross-sectionally augmented autoregressive distributed lags*, CS-ARDL) modellt alkalmazza, amely képes kezelni az országok közötti kölcsönhatásokat és a hosszú távú együttmozgásokat. A kutatás ezen túlmenően panelkointegrációs¹ és Granger-okozatisági elemzéseket² is végzett, így mind az irány, mind a tartós hatás meghatározhatóvá vált.

A 144 országot jövedelmi szintjük alapján négy csoportba sorolták: teljes minta, magas, közepes és alacsony jövedelmű országok. Ez a bontás lehetővé tette, hogy a szerzők az egyes fejlettségi szinteken eltérő kormányzati hatásokat is azonosítsák.

EREDMÉNYEK

Az elemzés egyértelműen kimutatta, hogy a kormányzás minősége szignifikánsan és pozitívan befolyásolja mind a kormányzati, mind a lakossági egészségügyi kiadásokat, különösen hosszú távon. A jobb kormányzási környezet – az átláthatóság, az elszámoltathatóság és az intézményi stabilitás révén – elősegíti az egészségügyi ráfordítások hatékonyabb elosztását és fenntartható növekedését. A legmarkánsabb hatások a magas jövedelmű országokban mutatkoztak, ahol a jól működő intézmények és a stabil politikai környezet lehetővé teszik a források célzott, hatékony felhasználását. A közepes jövedelmű országokban a hatás pozitív, de mérsékeltebb, míg az alacsony jövedelmű országokban a kormányzási index hatása korlátozottabb. A gazdasági növekedés és az életkori függőségi ráta is pozitívan hat, míg a gyermekhalandóság és a halálozási arány negatív korrelációt mutatott.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány meggyőző empirikus bizonyítékokat szolgáltat arra, hogy a jó kormányzás az egészségügyi fejlesztések kulcsfontosságú előfeltétele. A kormányzási minőség stabilizálja és hosszú távon növeli az egészségügyi kiadásokat, hozzájárulva a társadalmi egyenlőtlenségek mérsékléséhez és az ellátás elérhetőségének javításához. A jó kormányzás nem csupán az egészségügyi szektor belső reformjait jelenti, hanem szélesebb társadalompolitikai változásokat is: az átlátható

¹ Panel-kointegrációs elemzés: Olyan statisztikai módszer, amely több idősor (paneladat) hosszú távú, egyensúlyi kapcsolatát vizsgálja különböző egységek – például országok, vállalatok vagy egyének – között. Segítségével kimutatható, hogy a vizsgált változók együtt mozognak-e hosszú távon, még akkor is, ha rövid távon eltérnek egymástól.

² Granger-okozatisági elemzés: Idősorelemzési eljárás, amely azt teszteli, hogy az egyik változó múltbeli értékei javítják-e egy másik változó előrejelzését. Ha igen, akkor az első változót „Granger-értelemben vett okozónak” tekintjük, vagyis az okozatiság statisztikai, nem pedig oksági-filozófiai értelemben értendő.

intézményi működés, a korrupció visszaszorítása és a közbizalom erősítése mind hozzájárulnak a népegészségügyi eredmények javulásához.

AJÁNLÁS

Az egészségpolitikai fejlesztések sikeressége nem képzelhető el jó kormányzás

nélkül. A döntéshozóknak a jövőben fokozott figyelmet kell fordítaniuk az intézményi minőség javítására, a korrupció visszaszorítására, valamint a társadalmi részvétel és az elszámoltathatóság erősítésére. A stabil és átlátható kormányzás elősegíti a közegészségügyi beruházások fenntarthatóságát és hozzájárul a globális egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

HIVATKOZÁSOK

Azimi, M. N., Rahman, M. M., & Nghiem, S. (2023). A global perspective on the governance–health nexus. BMC Health Services Research, 23, 1235. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10261-9>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar, Informatikai Intézet, Számítástudomány Alapjai Tanszék, Szeged
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 06.
Elfogadva: 2025. 11. 06.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Kevesebb élelmiszer fogyasztása javítja a tápanyagfelvételt?

Article review: Does eating less food improve nutrient intake?

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.20836](https://doi.org/10.58701/mej.20836)

Ismertetett cikk: Wilson, L. B., Pryce, R., Moore, E. C., Burke, L., & Breeze, P. (2023). Does cutting down on your food consumption lead to a net improvement in nutritional intake? A panel data approach using data from the UK Biobank. BMC Public Health, 23, 2274. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17217-y>

Kulcsszavak: étrend; tápanyagfelvétel; élelmiszer-helyettesítés; elhízás; népegészségügyi politika

Keywords: diet; nutrition intake; food substitution; obesity; public health policy

ELŐZMÉNYEK

Az elhízás világszerte, különösen a fejlett országokban, egyre súlyosabb népegészségügyi kihívást jelent. Az Egyesült Királyságban a felnőtt lakosság több mint fele túlsúlyos, és az elhízás közel 8%-át teszi ki az egészségügyi kiadásoknak. E probléma kezelésére a brit kormány többféle intézkedést vezetett be: a cukorral édesített italokra kivetett adótól a nagy zsír-, cukor- és sótartalmú élelmiszerek (food high in fat, sugar and salt, HFSS) reklámkorlátozásáig. Ezek a politikák célzottan próbálják befolyásolni a lakosság táplálkozási szokásait – azonban sok esetben nem veszik figyelembe, hogy a fogyasztók hogyan helyettesítik az elhagyott élelmiszereket más, hasonló tápanyagtartalmú termékekkel. Wilson és munkatársai tanulmánya ezt a kérdést vizsgálta: ha valaki kevesebb édességet, csokoládét vagy sós snacket fogyaszt, az vajon automatikusan kevesebb energiát, zsírt és cukrot is jelent – vagy más élelmiszerekkel kompenzálja-e a kiesést?

MÓDSZERTAN

A vizsgálat a UK Biobank 185 611 résztvevőjének táplálkozási adatait használta fel, akik 24 órás online táplálkozási kérdőíveket töltöttek ki több alkalommal (Oxford WebQ). Az adatok 44 élelmiszer-csoportra terjedtek ki, és a kutatók minden egyes csoport esetében megvizsgálták, hogyan változik az egyén energia-, cukor-, zsír- és rostfelvétele, ha 100 grammal kevesebbet fogyaszt az adott élelmiszerből. A módszertani alapot a fix hatású panelmodell adta, amely lehetővé teszi az egyéni különbségek kiszűrését. A kutatók a UK National Diet and Nutrition Survey (NDNS) adataival is összevetették eredményeiket, hogy meghatározhassák, a becsült tápanyagváltozás összhangban áll-e az adott élelmiszer-csoport átlagos tápértékével.

EREDMÉNYEK

Az eredmények azt mutatták, hogy a helyettesítési hatások jelentős mértékben eltérnek az egyes élelmiszer-csoportok között. A cukorkák, sós snackek és chipsek esetében a fogyasztás csökkentése valóban nettó tápanyagfelvételi javulást eredményezett. A csokoládé(k), kekszek, sütemények és péksütemények esetében viszont az emberek más nagy energiatartalmú élelmiszerekkel pótolták a kiesést, így a tényleges energiafelvétel és cukorfogyasztás alig csökkent. A rostfogyasztás tekintetében a nagy rosttartalmú élelmiszerek elhagyása nem csökkentette jelentősen az összrost-fogyasztást, mivel a résztvevők más, rostos élelmiszereket választottak helyettük.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány egyik legfontosabb megállapítása, hogy a fogyasztás csökkentése önmagában nem garantálja a jobb táplálkozási egyensúlyt. Ha egy élelmiszer-csoport könnyen helyettesíthető, a nettó tápanyagfelvételi csökkenés mérsékelt

lesz. A szerzők szerint a népegészségügyi szakpolitikáknak figyelembe kell venniük ezeket a helyettesítési mintázatokat, mert az egyes termékkategóriákra irányuló beavatkozások hatékonysága korlátozott lehet. A kutatás egyben módszertani újdonságot is kínál, mivel a paneladatok használata pontosabb képet ad a táplálkozási viselkedés időbeli változásairól.

AJÁNLÁS

A tanulmány eredményei alapján a jövőbeni élelmiszer- és egészségpolitikai döntések során elengedhetetlen a helyettesítési hatások előzetes modellezése. Emellett a hatékonyabb táplálkozási beavatkozások nemcsak egy-egy termék fogyasztását kell, hogy célazzák, hanem az egész táplálkozási mintázatot. A népegészségügyi termékadó (neta) alá tartozó termékek korlátozása önmagában nem elegendő – e lépéseket más politikákkal, például oktatási és viselkedésformáló programokkal kell kombinálni, amelyre jó példa a 2016 óta érvényben levő OKOSTÁNYÉR®, a hazai táplálkozási ajánlás (www.okostanyer.hu).

HIVATKOZÁSOK

Wilson, L. B., Pryce, R., Moore, E. C., Burke, L., & Breeze, P. (2023). Does cutting down on your food consumption lead to a net improvement in nutritional intake? A panel data approach using data from the UK Biobank. BMC Public Health, 23, 2274. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17217-y>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván

Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar, Informatikai Intézet, Számítástudomány Alapjai Tanszék, Szeged

ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 05.

Elfogadva: 2025. 11. 06.

Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Lehetséges-e a szív- és érrendszeri kockázat csökkenése rövid, hétköznapi fizikai aktivitással?

Article review: Is it possible to reduce cardiovascular risk with brief, everyday physical activity?

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.20837](https://doi.org/10.58701/mej.20837)

Ismertetett cikk: Ahmadi, M. N., Hamer, M., Gill, J. M. R., Murphy, M., Sanders, J. P., Doherty, A., & Stamatakis, E. (2023). Brief bouts of device-measured intermittent lifestyle physical activity and its association with major adverse cardiovascular events and mortality in people who do not exercise: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(10), e800–e810. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00183-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00183-4)

Kulcsszavak: fizikai aktivitás; szív-érrendszeri betegségek; mortalitás; viselhető eszközök; prevenció

Keywords: *physical activity; cardiovascular disease; mortality; wearable devices; prevention*

ELŐZMÉNYEK

A rendszeres testmozgás előnyei közismertek: számos kutatás igazolta, hogy a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a krónikus betegségek, különösen a szív- és érrendszeri megbetegedések és a korai halálozás kockázatát. Ugyanakkor a népesség jelentős része nem végez szervezett testedzést, és a „nem sportoló” csoportokat ritkán érik el a hagyományos aktivitásösztönző programok. Ahmadi és munkatársai ismertetésre kerülő tanulmánya áttörést hoz e téren: a kutatás célja annak megállapítása volt, hogy a néhány perces, eszközzel mért, nem szándékosan végzett, intenzív fizikai aktivitás – azaz az „*intermittent lifestyle physical activity*” (ILPA) – milyen kapcsolatban áll a főbb kardiovaszkuláris események és a halálozás kockázatával a nem rendszeresen sportoló személyek körében.

MÓDSZERTAN

A vizsgálat a UK Biobank prospektív kohorsz adatain alapult, amely több mint 25 000 olyan 40–69 éves résztvevőt vizsgált, akik nem vettek részt rendszeres testedzésben, de rendelkeztek viselhető aktivitásmérő eszközzel (akcelerométerrel). Az eszközök által rögzített mozgásmintákat három fő kategóriába sorolták: <1 perces, 1–5 perces és napi összesített intenzív ILPA-idő. A résztvevőket átlagosan 7 éven keresztül követték nyomon, és a kutatók rögzítették a nagyobb szív-érrendszeri eseményeket és a halálozást. A statisztikai elemzések Cox-regressziós modelleken alapultak, és kontrollálták a kor, a nem, a dohányzás, a testtömeg-index, a társbetegségek és a szociális tényezők hatását.

EREDMÉNYEK

A vizsgálat eredményei szerint már napi néhány percnyi intenzív, rövid testmozgás is jelentősen csökkenti a halálozási és kardiovaszkuláris kockázatot a nem sportoló felnőttek körében. Azok, akik napi legalább 3 perc intenzív ILPA-tevékenységet végeztek, 13–17%-kal kisebb halálozási kockázatot mutattak, míg azoknál, akik napi legalább 4,5 percnyi ilyen aktivitást végeztek, a kardiovaszkuláris események előfordulása 30%-kal csökkent. A hatás mennyiségfüggő volt, és független a testtömegindextől vagy más kockázati tényezőktől.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány elsőként szolgáltat objektív, viselhető eszközökkel mért bizonyítékot arra, hogy a mindennapi élet során akár spontán végzett, rövid, intenzív mozgások is jelentős egészségügyi előnyökkel járhatnak. Ez különösen fontos azok számára, akik nem tudnak sportolni, de hajlandók kisebb életmódbeli változtatásokra – például a lift helyett a lépcsőt választani, gyorsabban gyalogolni, vagy aktívan

végezni a házimunkát. A kutatás hozzájárul a fizikai aktivitás újradefiniálásához: az egészségvédő mozgás nem feltétlenül igényel edzőtermet, hanem az intenzív „mikroaktivitás” is elegendő lehet a kockázatok csökkentéséhez.

AJÁNLÁS

A szerzők szerint a népegészségügyi stratégiáknak el kell mozdulniuk a „mindent vagy semmit” típusú testedzés-felfogástól, és hangsúlyozniuk kell, hogy minden mozdulat számít: már napi néhány perc intenzívebb testmozgás is kimutatható előnyökkel jár, különösen az inaktív lakosság körében. Emellett a – hazánkban is nagy népszerűségnek örvendő – viselhető eszközök fontos szerepet kaphatnak a visszajelzés és a motiváció erősítésében, hiszen az egészséges életmódra nevelés hatékony prevenciós eszközei. Hasonlóan az igen sikeres „gondosóra” programhoz, ez esetben javasolt lenne megvitatni annak lehetőségét, hogy az arra egészségi és szociális állapotuk miatt leginkább rászorulókat aktivitásmérőt kapjanak ingyenesen.

HIVATKOZÁSOK

Ahmadi, M. N., Hamer, M., Gill, J. M. R., Murphy, M., Sanders, J. P., Doherty, A., & Stamatakis, E. (2023). Brief bouts of device-measured intermittent lifestyle physical activity and its association with major adverse cardiovascular events and mortality in people who do not exercise: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(10), e800–e810. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00183-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00183-4)

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar, Informatikai Intézet, Számítástudomány
Alapjai Tanszék, Szeged
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 05.
Elfogadva: 2025. 11. 06.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Hogyan befolyásolja a jövedelmi egyenlőtlenség a serdülők agyának szerkezetét, működését és mentális egészségét?

Article review: How does income inequality affect the structure, functioning, and mental health of adolescents' brains?

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.20685](https://doi.org/10.58701/mej.20685)

Ismertetett cikk: Rakesh, D., Tsomokos, D.I., Vargas, T., Kate E. Pickett, K.E., & Patel, V. (2025) Macroeconomic income inequality, brain structure and function, and mental health. *Nature Mental Health*; 30 September 2025. <https://doi.org/10.1038/s44220-025-00508-1>

Kulcsszavak: jövedelmi egyenlőtlenség; anyagi helyzet; agy szerkezete; agyi funkciók; mentális egészség
Keywords: income inequality; economic status; brain structure; brain functions; mental health

BEVEZETŐ

A jövedelmi egyenlőtlenség, amely a társadalmak strukturális tulajdonsága és az erőforrások egyenlőtlen elosztásával jellemezhető, összefüggésbe hozható a serdülőkorban – az idegrendszer fejlődésének érzékeny időszakában – jelentkező kedvezőtlen mentális egészségi következményekkel. Míg a korábbi kutatások az egyéni szintű társadalmi-gazdasági tényezők agyi szerkezetre és működésre gyakorolt hatását vizsgálták, a strukturális egyenlőtlenség és a mentális egészségügyi egyenlőtlenségek közötti kapcsolatot megalapozó neurobiológiai mechanizmusok még mindig nem teljesen tiszták.

MÓDSZERTAN

Az *Adolescent Brain Cognitive Development* (ABCD) tanulmány adatai alapján, a Gini-együtthatóval jellemzett állami szintű jövedelmi egyenlőtlenség és az agy szerkezete és funkcionális összeköttetése közötti összefüggéseket vizsgálták. A mintába több mint 8 000, 9–10 éves gyermek került az USA 17 államából. A kutatók elemezték az agy teljes kéregvastagságát és felületét, valamint a térfogatát és a régióspecifikus vastagság- és felületi adatokat. Továbbá vizsgálták a 12 agyi hálózaton belül és között fennálló funkcionális összeköttetéseket. Figyelembe vettek több egyéni és állami szintű zavaró tényezőt (például jövedelem, iskolai végzettség, állami szintű bebörtönzési arány és a Medicaid kiterjesztésének státusza).

Mediációs elemzéseket¹ végeztek annak vizsgálatára, hogy az agyi mutatók összefüggésben állnak-e a jövedelmi egyenlőtlenséggel és a mentális egészségi állapottal a 6 és 18 hónapos utánkövetés során.

EREDMÉNYEK

A strukturális jövedelmi egyenlőtlenségek mérhető különbségekkel járnak az agy szerkezetében és funkcionális összeköttetéseiben, ami hatással van a korai serdülőkorban kialakuló mentális egészségre. A tanulmány egyik legfontosabb megállapítása, hogy az alacsonyabb jövedelmi egyenlőségű államokban élő fiatalok agyának nagy része – a frontális, parietális, temporális és occipitális lebeny – átlagosan kisebb felületű és vékonyabb. A kutatás azt is kimutatta, hogy a strukturális jövedelmi egyenlőtlenség összefüggésbe hozható a funkcionális összeköttetés változásaival több agykérgi hálózaton belül és azok között, beleértve a magasabb rendű kognitív és szenzomotoros rendszereket is. [1. ábra]

A kutatók a mediációs elemzés segítségével igazolták, hogy jövedelmi egyenlőtlenségek az agy strukturális és funkcionális megváltozásán keresztül befolyásolták a gyerekek mentális egészségét.

MEGBESZÉLÉS

Ezek az eredmények kiegészítik az egyéni társadalmi-gazdasági tényezőknek az agy fejlődésre gyakorolt hatására vonatkozó korábbi kutatásokat, kiemelve a struktu-

rális jövedelmi egyenlőtlenség szerepét. A tanulmány alátámasztja, hogy a jövedelmi egyenlőtlenség olyan társadalmi szintű meghatározó tényező, amely az egyéni szintű társadalmi-gazdasági státusztól függetlenül gyakorol hatást.

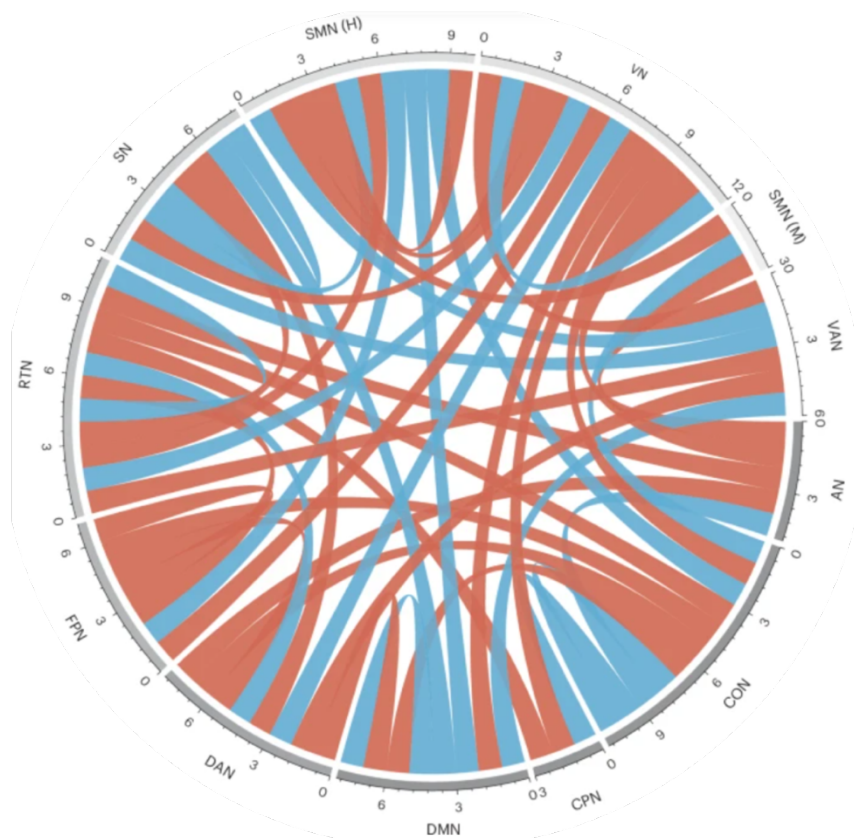
Tekintettel arra, hogy az egyenlőtlenség alapvetően megváltoztatja a társadalmi környezetet – ami alacsonyabb szintű társadalmi kohéziót, bizalmat és társadalmi tőkét, valamint magasabb szintű társadalmistátusz-összehasonlítást eredményez –, és arra, hogy a társadalmi kapcsolatok döntő szerepet játszanak egészségünkben és jólétünkben, nem meglepő, hogy a nagyobb egyenlőtlenség magasabb stresszszinttel jár együtt. Bár a stresszszintet a tanulmányban nem mérték közvetlenül, a szerzők feltételezik, hogy ezek a társadalmi változások és a megnövekedett stressz a megfigyelt gyermekek agyára gyakorolt mélyreható hatások valószínűsíthető okai.

A szerzők feltételezik, hogy a kimutatott változásmintázatok az egyenlőtlenséggel kapcsolatos krónikus stressz következményei lehetnek. Noha mind a háztartási jövedelem, mind a jövedelmi egyenlőtlenség krónikus stresszt okoz, amelynek biológiai következményei lehetnek, ezek különböző pszichoszociális útvonalakon keresztül valósulhatnak meg. Az abszolút szegénység stresszforrása az anyagi nélkülözés és a jövedelmi bizonytalanság, míg az egyenlőtlenség fokozza a státuszszorongást és a társadalmi státusz összehasonlítást. Ez utóbbi intenzívebb felfelé irányuló társadalmi összehasonlításokhoz és alkalmatlanságérzethez vezet.

¹ A „mediációs elemzés” olyan statisztikai módszer, amely nemcsak azt vizsgálja, hogy A tényező befolyásolja-e B-t, hanem azt is, hogy van-e egy C „közvetítő láncszem” (mediátor), amelyen keresztül a hatás érvényesül. Például: ha a sportolás (A) javítja az egészséget (B), akkor mediációs elemzéssel kimutatható, hogy ebben szerepet játszik a jobb alvásminőség, vagyis a C közvetítő tényező.

A társadalmi státusz összehasonlítása – egy pszichológiai folyamat, amelynek során az egyének másokhoz viszonyítva értékelik magukat – fokozottabb az egyenlőtlen társadalmakban. Ez erősíti a felfelé irányuló összehasonlítást és hozzájárul a státuszszorongáshoz, a saját társadalmi helyzetével kapcsolatos tartós aggodalomhoz. A státuszszorongás hipotézise szerint az egyenlőtlenebb társadalmakban élő egyének nagyobb stresszt élhetnek át társadalmi helyzetük miatt – még akkor is, ha gazdasági szempontból nem élnek nélkülözésben. Ezt alátámasztja, hogy a relatív jövedelem gyakran erősebb előrejelzője a pszichológiai distressznek és az élettél való elégedett-

ségének, mint az abszolút jövedelem, különösen a nagy egyenlőtlenséggel jellemezhető területeken. Kísérleti és megfigyelési tanulmányok szintén összefüggésbe hozták a nagyobb egyenlőtlenséget a megnövekedett materializmussal, a státuszkereséssel és a feltűnő fogyasztással. A társadalmi státusz összehasonlításra különösen érzékeny gyermekek és serdülők esetében ez fokozott aggodalommal járhat a kortársak státusza, a társadalmi elutasítás és a negatív önértékelés miatt, ami mind magasabb stresszszinthez vezet. A nagyobb jövedelmi egyenlőtlenségben való felnövelés a serdülőkorban növeli az áldozattá válás esélyét is.



1. ábra: Az agy különböző hálózatairól² közötti kapcsolatok húrdiagramja (Forrás: az eredeti cikk. A kék a serkentő, a piros szín a gátló kapcsolatokat jelöli; a köríven feltüntetett számok az összefüggés erősségét jelölő T-értéknek felel meg).

² AN = auditív hálózat, CON = kontrollhálózat, cinguloparietal network = cinguloparietális hálózat, DAN = dorsális figyelmi hálózat, DMN = alapállapot-hálózat, FPN = fronto-parietális hálózat, RTN = retrosplenialis-temporális hálózat, SMN (H) = szenzomotoros hálózat (kéz), SMN (M) = szenzomotoros hálózat (száj), SN = szalienciális hálózat, VAN = ventrális figyelmi hálózat, VN = vizuális hálózat

Az egyenlőtlenség közvetetten is hozzájárulhat a serdülők magasabb stressz-szintjéhez. Mivel rontja a felnőttek mentális egészségét – amit számos bizonyíték mutat –, a szülők rosszabb mentális állapota összefüggésbe hozható a nagyobb családi konfliktusokkal és a szülői támogatás csökkenésével. A biológiai és kísérleti bizonyítékok összhangban vannak azzal az elképzeléssel, hogy az egyenlőtlenség hozzájárul a stresszhez. A krónikus stressz megzavarhatja a hipotalamusz–hipofízis–mellékvese tengely működését, és emelheti a kortizol, a noradrenalin és az adrenalin szintjét.

A jövedelmi egyenlőtlenség nemcsak súlyosbítja a krónikus stresszt, hanem meg is fosztja a serdülőket az erős társadalmi kötelékek védőhatásaitól (pl. érzelmi támogatás, megosztott erőforrások), amelyek enyhíthetnék a stressz következményeit. A jövedelmi egyenlőtlenség aláássa a társadalmi tőkét – vagyis azt a bizalmat, kapcsolatokat és viszonyossági normákat, amelyek a közösségeket összetartják –, pedig ezek elengedhetetlenek a társadalmi kohézió és a mentális jóllét szempontjából. A jelentős szintű egyenlőtlenséggel jellemezhető közösségekben emiatt általában nagyobb a szegregáció, alacsonyabb a civil részvétel és gyengébbek a társadalmi hálózatok, ami mind fokozhatja az elszigeteltség és a bizalmatlanság érzését, hozzájárulva a krónikus stressz fenntartásához vagy súlyosbodásához.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredmények alapján a szerzők beavatkozási területekre bontva fogalmaznak meg javaslatokat a strukturális egyen-

lőtlenség serdülőkre gyakorolt káros hatásainak enyhítésére.

- *Strukturális és gazdasági reformok a jövedelmi egyenlőtlenség strukturális szintű csökkentése céljából:* A szerzők átfogó gazdasági reformokat javasolnak, amelyek enyhíthetik a serülőket aránytalanul érintő stresszfaktorok hatását. Ezek közé tartozik a progresszív adózás, a szociális biztonsági háló bővítése és az egészségügyi ellátás kiterjesztése mindenkire.
- *Társadalmi tőke és kohézió erősítése az egyenlőtlenség mentális egészségre gyakorolt káros hatásának enyhítésére:* Fontosnak tartják a társadalmi tőke, a társadalmi támogatás előmozdítására irányuló erőfeszítéseket. Ilyenek a közösségépítő kezdeményezések és a közinfrastruktúrába történő beruházások, amelyek a bizalom és a társadalmi kohézió erősítését célozzák.
- *Pszichoszociális beavatkozások az iskolai környezetben a fiatalok mentális egészségének elősegítése érdekében:* Javasolnak olyan programokat is, amelyek a státuszszorongásra irányulnak. Az érzelmek szabályozását, a társadalmi kapcsolódást és az önértékelést elősegítő iskolai programok hozzájárulhatnak a társadalmi státusz összehasonlítása jelentőségének csökkentéséhez a serdülők körében. Kiemelik, hogy az iskolák kulcsszerepet játszanak egy olyan befogadó környezet megteremtésében, amely minimalizálja a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatásait, és hangsúlyozza az összetartozás és a kapcsolódás érzését.

AJÁNLÁS

Az ismertetett cikk kulcsfontosságú minden magyar pszichológus, pedagógus, szociális szakember és döntéshozó számára, mivel tudományosan bizonyítja, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek miként okoznak mérhető károsodást a serdülők agyi fejlődésében és mentális egészségében. A kutatás rávilágít, hogy a növekvő hazai serdülőkori szorongás, a magatartászavarok vagy a tanulási nehézségek hátterében nem csak egyéni tényezők állnak. Az okok közül kiemelendő a krónikus stressz, amit a társadalmi egyenlőtlenség és az ebből fakadó státuszszorongás generál.

A tanulmány alapján radikálisan új megközelítés szükséges a hazai gyakorlatban. Üzenete szerint a mentálhigiénés beavatkozások hatékonyságának növeléséhez nem pusztán terápiás programokra van szükség, hanem strukturális reformokra is. Az ismertetés alátámasztja, hogy a közösségépítő programok és a szociális egyenlőtlenséget csökkentő gazdaságpolitika közvetlen idegrendszeri és ezáltal mentálhigiénés védőhatással bír. A gyermekek egészsége és jólléte érdekében a társadalmi egyenlőtlenség elleni küzdelem éppolyan lényeges népegészségügyi feladat, mint bármely ma is működő prevenció program.

HIVATKOZÁSOK

Rakesh, D., Tsomokos, D.I., Vargas, T., Kate E. Pickett, K.E., & Patel, V. (2025) Macroeconomic income inequality, brain structure and function, and mental health. *Nature Mental Health*; 30 September 2025.
<https://doi.org/10.1038/s44220-025-00508-1>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 10. 01.
Elfogadva: 2025. 10. 07.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Képregényszerű történetek a hátrányos helyzetű közösségek bevonására és egészségfejlesztésére

Article review: Graphic-style stories for engaging underserved communities and advancing health promotion

Ismertető: [Kutai Orsolya](#)

Doi: [10.58701/mej.20667](https://doi.org/10.58701/mej.20667)

Ismertetett cikk: Gertz, S., Lee, S. Y., Humphries, J., Pettus-Ogelsby, L., Martin, L. J., Morris, E., Mabisi, K., Kohli, E., Wilson, K. L., Beckham, C., Tawwab, V., Sherman, P., Wijesooriya, J., Elshaer, S., Baker, T. A., Wagner, E., Bates, L., Hershberger, S., & Butsch Kovacic, M. (2025). *Graphic-style stories to engage limited resource communities and promote health: Methods for iterative co-design with community representatives*. *Frontiers in Public Health*, 13, 1500711. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1500711>

Kulcsszavak: közösségi bevonás; közös tervezés; képregényszerű történetek; egészségműveltség; hátrányos közösségek

Keywords: community engagement; co-design; graphic-style stories; health literacy; underserved communities

Az ismertetett tanulmány középpontjában az áll, hogy miként lehet képregényszerű történetek segítségével bevonni a korlátozott erőforrásokkal rendelkező közösségeket az egészségfejlesztésbe. Az ilyen közösségek gyakran alacsonyabb szintű egészségismerettel rendelkeznek, és emiatt rosszabb egészségi állapotuk. A történetmesélés hatékony eszköz lehet számukra, mivel könnyebben megjegyezhető és érzelmileg bevonóbb, mint a hagyományos ismeretterjesztő anyagok.

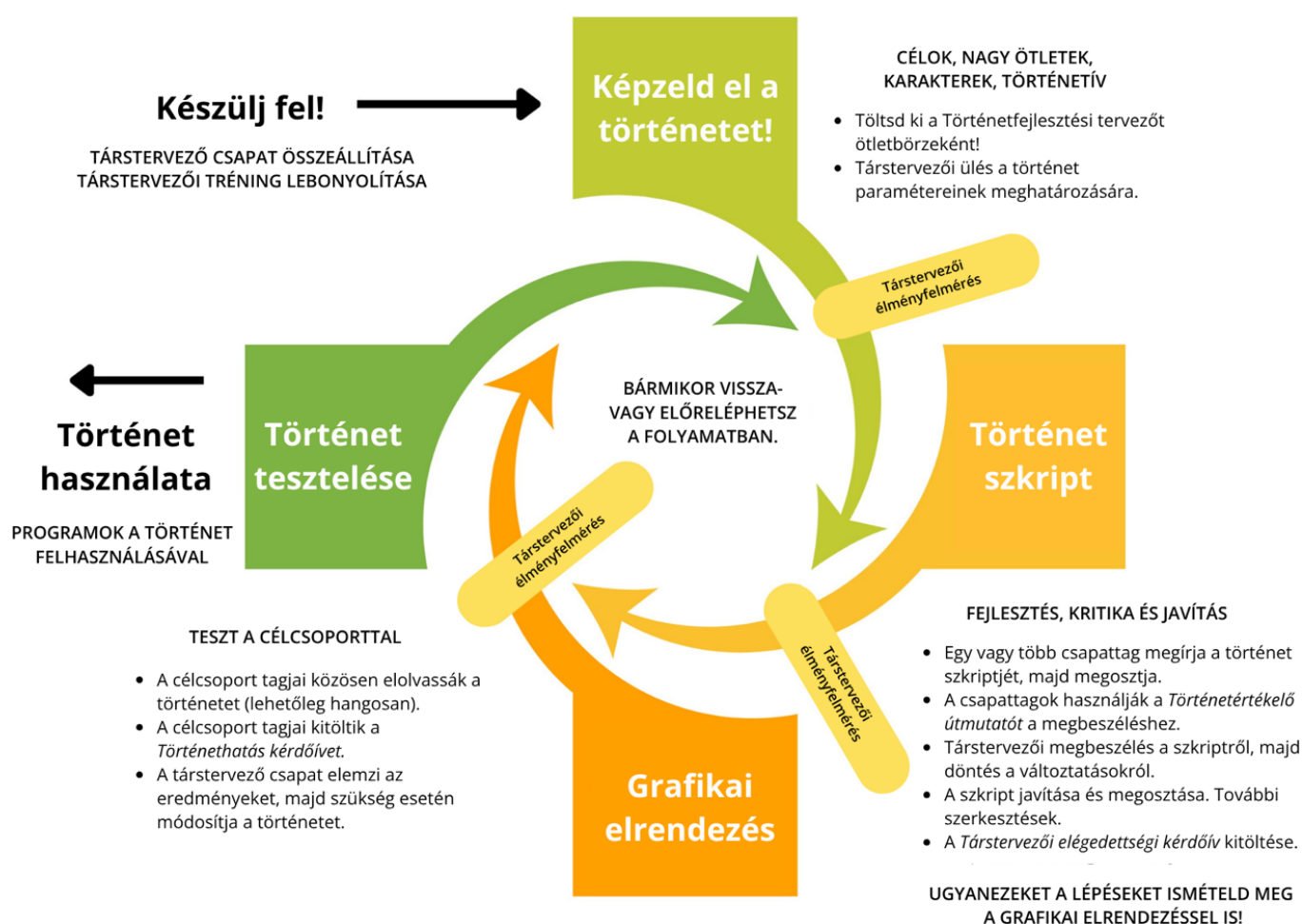
A kutatás alapját a *We Engage 4 Health* (WE4H) nevű, több mint húsz tagból álló közösségi-akadémiai partnerség adta, amely hat éven át egy iteratív közös tervezési és tesztelési (*co-design*) folyamatot dolgozott ki. Ebben közösségi képviselők és egészségügyi szakemberek együtt hoztak létre több mint nyolcvan

képregényszerű történetet, amelyek vitákat és közös gondolkodásokat indítanak el a sokszínű és gyakran összetett egészségügyi témákról. A témák széles spektrumot öleltek fel: a krónikus betegségek és daganatok megelőzésétől a Covid-19 elleni oltásokig, a tudományos kutatásokban való részvételtől a környezet-egészségügyi kérdéseikig.

A grafikus stílusú formátumot használó történeteket úgy tervezték, hogy a program résztvevői és egészségfejlesztési szakemberek együtt olvassák fel a történet szereplőit. Itt három esettanulmányt mutattak be. Felmérések és egy online fókuszcsoport segítségével tizenhét közösségi társtervezőtől gyűjtöttek visszajelzéseket egy amerikai középnyugati városból.

A módszer kulcsa az volt, hogy a közösség tagjai nemcsak passzív befogadói, hanem aktív formálói is voltak a tartalomnak. A társtervezői folyamatban visszajelzést adhattak a tervezett történetekre, amelyekbe ötleteik és tapasztalataik beépültek. Ez erősítette a bizalom kiépülését, valamint azt, hogy a résztvevők a történeteket sajátjuknak érezték és így szívesebben osztották meg a kész anyagokat saját közösségeikben. [1. ábra]

A történetek képregényszerű panelekből állnak, amelyeket közösen, hangosan olvasva dolgoztak fel. Ez a közös olvasás nemcsak a megértést segítette, hanem párbeszédet indított el a résztvevők között, előmozdítva a tanulást és a viselkedésváltozást. A grafikus forma különösen előnyös volt, mert az eltérő korú, képzettségű és olvasási készségű emberek számára is hozzáférhetővé tette a tartalmat.



1. ábra: Grafikus történet közös tervezése és tesztelése (Forrás: eredeti cikk)

A cikkben a szerzők három esettanulmányt mutatnak be részletesebben:

1. **Egészségnap az egészséges ételek és közösségi kertészkedés témában** – rövid, hárompaneles poszttertőnetek, amelyeket egy egészségügyi kiállításon használtak a résztvevők bevonására.
2. **Vizsgálatra készen** – a közösség tagjai számára készült anyag, amely segít-

tette őket abban, hogy jobban megértsék a klinikai vizsgálatok jelentőségét, és tudatosabban beszéljenek róluk családjukban, baráti körükben. [2. ábra]

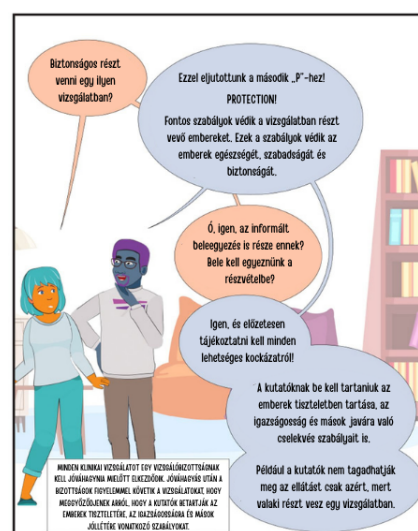
3. **Allergiás történetek** – szülők bevonásával alakították át a szakmai nyelvezetet érthetőbb formára, és új szereplőket (pl. csecsemőfigurát) vezettek be, hogy a történet jobban kapcsolódjon a célcsoporthoz.



1. rész



2. rész



3. rész



4. rész



5. rész



Útmutató a beszélgetéshez

2. ábra: Rövid, vizsgálatra felkészítő történet (Forrás: eredeti cikk)

A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a közösségi bevonással létrehozott anyagok:

- kulturálisan relevánsabbak,
- jobban elősegítik a tudásátadást,
- erősítik a közösség és az akadémiai intézmények közötti kapcsolatot,
- fenntarthatóbbá teszik az egészségfejlesztési programokat.

AJÁNLÁS

A WE4H projekt tapasztalatai bizonyítják, hogy az iteratív, közösségi alapú, közös

tervezés hatékony eszköz az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésében. A módszer könnyen adaptálható más közösségekben és témákban is, nemcsak egészségügyi történetekre, hanem bármilyen olyan kommunikációs anyagra, ahol a közérthetőség és a kulturális beágyazottság kulcsfontosságú. Ismerve a hazai egészségügy egyenlőtlenségei mértékét, érdemes lenne a magyar szakembereknek is megfontolni a bemutatott módszer alkalmazását a nehezebben elérhető és bevonható csoportok egészséggel kapcsolatos ismereteinek és egészségtudatosságának javítására.

HIVATKOZÁSOK

Gertz, S., Lee, S. Y., Humphries, J., Pettus-Ogelsby, L., Martin, L. J., Morris, E., Mabisi, K., Kohli, E., Wilson, K. L., Beckham, C., Tawwab, V., Sherman, P., Wijesooriya, J., Elshaer, S., Baker, T. A., Wagner, E., Bates, L., Hershberger, S., & Butsch Kovacic, M. (2025). *Graphic-style stories to engage limited resource communities and promote health: Methods for iterative co-design with community representatives*. *Frontiers in Public Health*, 13, 1500711. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1500711>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Kutai Orsolya
Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest
orsolya.kutai@gokvi.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 09. 25.
Elfogadva: 2025. 10. 12.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Kutai Orsolya. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Pályázat a legjobb egészségfejlesztési programok bemutatására

Application for the presentation of the best health promotion programs

Szerző: [Kutai Orsolya](#)

Kulcsszavak: pályázat, egészségfejlesztési program

Keywords: call for application; health promotion program

A MEJ szerkesztősége pályázatot hirdetett meg sikeres egészségfejlesztési programok folyóiratunkban való bemutatására. Pályázat benyújtható olyan magyarországi egészséget fejlesztő beavatkozás, intézkedés, program leírásával, amelyet a pályázók sikeresnek vélnek, és mások számára követendőnek gondolnak. Pályázatot bárki, foglalkozásától és munkahelyétől függetlenül benyújthat.

MIÉRT ÉRDEMES PÁLYÁZNI?

- Az első három helyezett pályázók felkérést kapnak, hogy a beküldött tevékenység bemutatását cikként fogalmazzák meg, és a MEJ folyóiratban publikálják.
- Az első három helyezett pályázóit a MEJ-t kiadó N3.0 Egyesület meghívja jövő tavasszal tartandó konferenciájára, és fedezi a részvétel költségeit.

HOGYAN LEHET PÁLYÁZNI?

A pályázatot az itt elérhető űrlapon kérjük benyújtani: [Pályázat benyújtása](#)

Benyújtási határidő: **2025. december 31.**

Egy szervezet több pályázatot is benyújthat. A pályázatokat a szerkesztőség szakértők bevonásával fogja elbírálni.

A PÁLYÁZAT TARTALMA

- Pályázat címe (legfeljebb 150 karakter)
- Pályázó szervezet megnevezése, és email-címe
- Tevékenység leírása (legfeljebb 1000 karakter)
- Tevékenység sikerességének bizonyítéka (legfeljebb 400 karakter)

Felmerülő kérdés esetén írjon nekünk a mej.folyoirat@gmail.com e-mail címre.

Pályázzon ön is! Mutassa be szervezete munkáját, és amire a legbüszkébbek!

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Kutai Orsolya
Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest
orsolya.kutai@gokvi.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 10. 27.
Elfogadva: 2025. 10. 29.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Kutai Orsolya. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Rövid hírek a nagyvilágból és kishazánkból

Short news from around the world and our homeland

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.20856](https://doi.org/10.58701/mej.20856)

Kulcsszavak: EU; WHO; adó; elhízás; gyermekek
Keywords: EU; WHO; tax; obesity; children

Megjelent az EU új 2028–2034-es költségvetési javaslata

Az egészségügyi és szociális finanszírozás már nem önálló programok a 2 billió eurós költségvetésben

Az Európai Bizottság javasolja, hogy a következő [többéves pénzügyi keretet \(MFE\)](#) három pillérre szervezzék át: (1) nemzeti és regionális partnerségi tervek (NRPP); (2) Versenyképesség; és (3) Globális Európa. A kohéziós és szociális alapok az NRPP-ken keresztül, teljesítményalapú kifizetések formájában kerülnének kifizetésre.

A javaslatban az NRPP-k keretösszegének legalább 14%-a (≥100 milliárd euró) szociális célokra fog irányulni. A *Horizon Europe* és az egészségügy **már nem önálló programok** lesznek, hanem egy egységes európai Versenyképesség alapba kerülnek át.

Az [iskolai gyümölcs-, zöldség- és tej-program](#) (EU iskolai program) nagyobb hangsúlyt fog fektetni az „Európában gyártott” termékekre.

Az európai intézmények most tárgyalnak a költségvetésről, amelyet 2028. január 1.

előtt kell elfogadni. A polgárok és az érdekelt felek a nyilvános konzultációkon keresztül adhatnak visszajelzést.

Az Európai Bizottság javaslatot tesz az EU dohánytermékek adóztatásáról szóló irányelvnek aktualizálására

Az aktualizálás célja a dohányzás visszaszorítása, az illegális kereskedelem elleni küzdelem és a bevételek növelése.

2028-tól az Európai Bizottság által aktualizált [dohánytermékek adóztatásáról szóló irányelv](#) emeli az EU minimális jövedéki adókulcsait, kiterjeszti a hatályát az e-cigarettákra, a izzított dohánytermékekre és a nikotintartalmú tasakokra, valamint szigorítja a nyers dohány ellenőrzését az illegális kereskedelem elleni küzdelem érdekében.

A koherens árképzés az egyik leghatékonyabb, a méltányosságot elősegítő intézkedés a nem fertőző betegségek ellen, mivel csökkenti a fiatalok dohányzásra szokását és a fogyasztást az alacsonyabb jövedelmű csoportokban. A frissített adókulcsokkal az irányelv támogatni fogja az európai rákellenes terv célját, amely szerint 2040-re dohánymentessé kell

tenni Európát. A csomag várhatóan körülbelül 15 milliárd euró éves bevételt és 6 milliárd euró egészségügyi megtakarítást fog generálni. Egy párhuzamos [javaslat](#) szerint a minimális jövedéki adó 15 %-a uniós saját forrás lenne (évi 11,2 milliárd euró), a fennmaradó rész pedig a nemzeti költségvetésekben maradna.

Profit hízlalása: Hogyan károsítja a gyermekeket az élelmiszeripari környezet – 2025-ös gyermek táplálkozási jelentés

Ez a globális jelentés azt vizsgálja, hogy az egészségtelen táplálkozási környezet hogyan alakítja a gyermekek és serdülők étrendjét, és hogyan járul hozzá a túlsúly és az elhízás terjedéséhez. Adatokat mutat be a gyermekek és serdülők túlsúlyának és elhízásának állapotáról, tendenciáiról és egyenlőtlenségeiről. Előrejelzi, hogy az elhízás mikor fogja felülmúlni a soványságot, mint a leggyakoribb alultápláltsági formát. Áttekinti a gyermekek és serdülők étrendjével kapcsolatos legújabb bizonyítékokat, és vizsgálja az egészségtelen táplálkozási környezetet előidéző főbb tényezőket.

A gyermekkori elhízás már nem csak néhány ország problémája – ma már globális válságot jelent. Az 5–19 éves iskoláskorú gyermekek és serdülők ötöde túlsúlyos, az 5 év alatti gyermekek huszada pedig túlsúlyos. 2000 óta az iskoláskorú túlsúlyos gyermekek és serdülők száma több mint megduplázódott. Még riasztóbb, hogy az elhízás ma már a túlsúlyos esetek egyre nagyobb hányadát teszi ki.

A terhek átrendeződése az alultápláltságról a túltápláltságra: A táplálkozási helyzet drámai változáson megy keresztül.

2025-ben történelmi fordulópontot értünk el: az 5–19 évesek körében az elhízás először haladta meg az alultápláltságot. Ez mélyreható változást jelent, amely jelzi, hogy át kell gondolnunk, hogyan védjük a gyermekek étrendjét és egészségét.

Ultrafeldolgozott élelmiszerekkel teli étrend és tápanyaghiány

Az egészségtelen étrend alapjai már korán, az élet elején megalapozódnak. Sok kisgyermek nem fogyasztja a legalapvetőbb tápláló ételeket, mint például a zöldségeket, gyümölcsöket, tojást vagy húsos ételeket. Ugyanakkor a kisgyermekek nagy százaléka fogyaszt egészségtelen ételeket és italokat. Ezek az étkezési szokások a serdülőkorban is megmaradnak – annyira, hogy az egészségtelen ételek és italok, beleértve az ultrafeldolgozottakat is, a serdülők étrendjének alapvető részévé válnak.

Marketingnyomás a fiatalokra: Az egészségtelen étrendet hatékony marketing erősíti. Egy globális U-Report¹ felmérés szerint a fiatalok négyötöde látott gyorséttermi ételek reklámját az előző héten. A legmagasabb az expozíció a közepes-felső jövedelmű országokban, de mindenhol elterjedt, beleértve a törekeny és konfliktusok által sújtott területeket is. A marketingstratégiák egyre inkább digitálisak, célzottak és láthatatlanok a szülők vagy a szabályozók számára, ami az ultrafeldolgozott élelmiszerek és italok iparának soha nem látott befolyást biztosít a gyermekek étrendjének alakításában.

A tétlenség ára: A jövő pályája egyértelmű és riasztó. Az elhízás mára meghaladta a soványságot az iskoláskorú gyermekek és serdülők körében, és ha semmi sem változik, a különbség tovább fog nőni.

¹ Az U-Report az UNICEF fiatalok által fiatalok számára létrehozott közössége, ahol a fiatalok fontos kérdésekben hangot adhatnak véleményüknek, megbízható információkhoz juthatnak és cselekedhetnek közösségeikben.

Minden egyes nap késlekedés magasabb jövőbeli egészségügyi költségeket, a krónikus betegségek nagyobb kockázatát és mélyebb egyenlőtlenségeket eredményez. Ha nem tesznek merész lépéseket az ételmiszer-környezet átalakítására, a mai generáció gyermekei egész életükben rossz egészségi állapotnak lesznek kitéve.

A WHO cselekvésre szólít fel az ételmiszeradók ügyében

Az ételmiszerekre kivetett egészségügyi adók hatékony eszközök az egészségesebb ételmiszer-környezet és a nem fertőző betegségek visszaszorítása érdekében.

A WHO Európa [ételmiszeradókra vonatkozó politikai összefoglalója](#) intézkedéseket és tervezési elveket vázol fel – az adóalapok és a tápanyagprofil-modellek összehangolása, szigorú ellenőrzés és az iparági beavatkozásoktól való védelem – a tisztességesebb ételmiszer-környezet megteremtése érdekében. Ez összhangban áll a [Lancet legutóbbi cikkével](#), amely egyenetlen előrelépést mutatott a nem fertőző betegségek okozta halálozás csökkentésében, és hangsúlyozta a népesség szintjén történő megelőzés szükségességét. A nem fertőző betegségekről és a mentális egészségről szóló negyedik [magas szintű ENSZ-találkozó](#) előtt a WHO határozott elkötelezettséget sürget az egészségügyi adók tekintetében.

Az egészségtelen termékek megadóztatása javítja az egészséget és bevételt generál, amelyet újra befektethetnek, ahogyan azt a WHO új jelentése javasolja: [Életek megmentése, kevesebb kiadás: a nem fertőző betegségek globális befektetési esete](#)

„Az elmúlt évtizedben nem történt előrelépés a társadalmi és egészség-egyenlőtlenségek terén” – új adatok szerint valljuk: minden szeretetre épülő kapcsolat egyenértékű

Az EuroHealthNet-CHAIN jelentés feltérképezi a 2014–2024 közötti időszak egészségi, mentálhigiénés és egyenlőtlenségi tendenciáit Európában, ösztönözve a kiváltó okok kezelésére irányuló intézkedéseket.

Az európaiak soha nem éltek még ilyen sokáig, de ezek az előnyök nem oszlanak meg egyenlően. Az egészség társadalmi egyenlőtlenségei továbbra is fennállnak Európában, az alacsonyabb végzettséggel vagy foglalkozással rendelkező emberek rosszabb egészségi állapotról számolnak be. Ez aláássa Európa prosperitását, veszélyezteti versenyképességét és biztonságát. Ez a fő következtetés az EuroHealthNet és a Centre for Health Equity Analytics (CHAIN) új [jelentéséből](#).

Az Európai Társadalmi Felmérés adatai alapján a jelentés bemutatja az elmúlt tíz év társadalmi egyenlőtlenségeinek tendenciáit az egészségügy területén Európában, kiemelve azok kiváltó okait.

Csökkennek az egészségügyi egyenlőtlenségek az országok között? Mi okozza az egészségügyi egyenlőtlenségeket?

- Minden harmadik ember állította, hogy egészségi állapota nem jó.
- Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők kétszer olyan valószínűséggel állítják, hogy egészségi állapotuk rossz, mint a magas iskolai végzettséggel rendelkezők.
- Az egészségi mutatók egyre inkább hasonlóvá válnak az európai országokban, de ez nem az összes

ország javulásának, hanem inkább annak köszönhető, hogy az országok „középen találkoznak”.

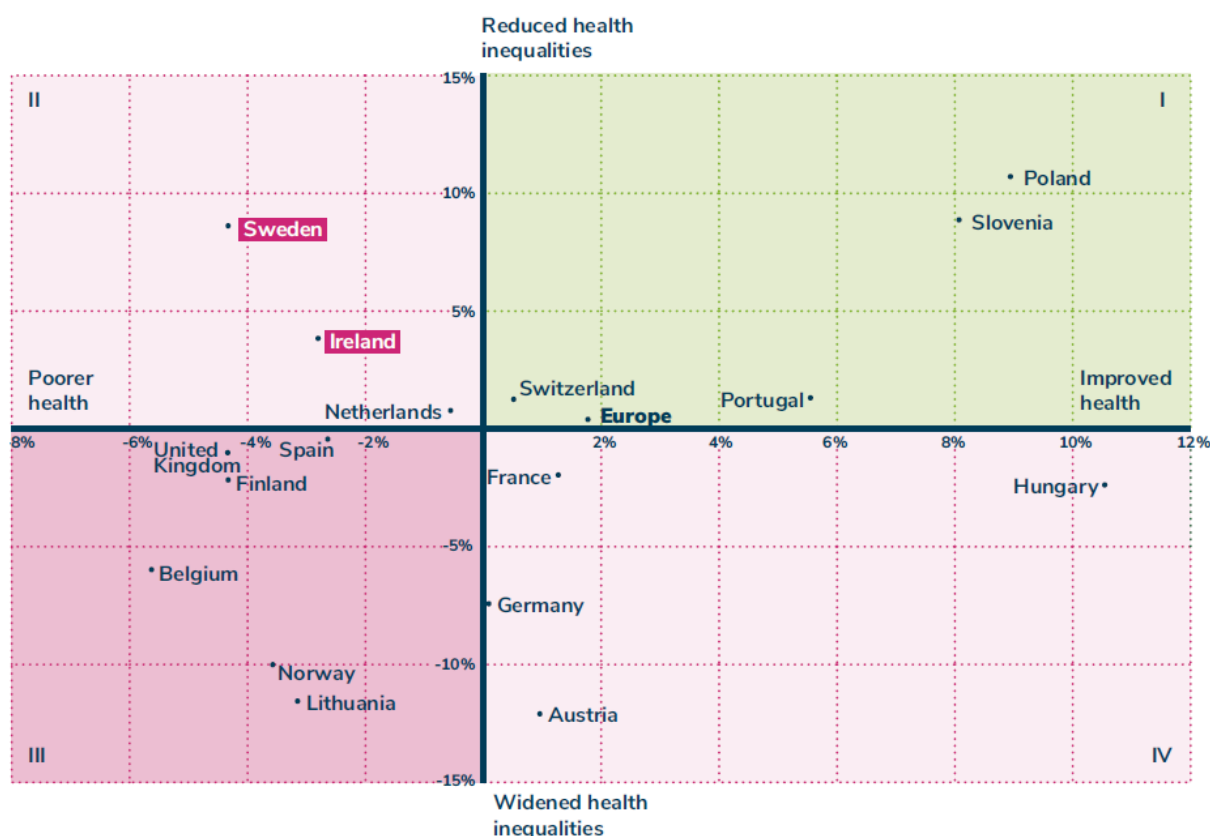
- Azokban az országokban, ahol az egyenlőtlenségek csökkentek, ez úgy tűnik, hogy a magasabb társadalmi csoportok egészségi állapotának vagy mentális egészségének romlását tükrözi.
- Csak egy ország (Szlovénia) mutatott előrelépést mind az összes csoport egészségi állapotának javulása, mind az egészségi különbségek csökkentése terén.

Az egészség nem csupán a genetika, az egészségügyi ellátás vagy viselkedésünk eredménye. Különösen a társadalmi hátrányok határozzák meg. A tanulmány megállapítja, hogy a gazdasági bizony-

talanság, az élet és a munka korlátozott ellenőrzése szorosan összefügg a rossz egészségi állapottal. Egyéb releváns tényezők közé tartozik a túlsúly és az elhízás, a dohányzás, valamint a gyermekkor anyagi nehézségek. Az észak- és nyugat-európai országokban egyre növekvő lakhatási problémák szintén hozzájárulnak a rossz egészségi állapothoz.

Magyarország az alábbi ábrán a IV. negyedben van, azon országok között, amelyek olyan úton haladnak, ahol az egészség szintje stabil vagy javul, de az egyenlőtlenségek növekednek.

(Az ábrán vízszintesen az egészség szintjének, függőlegesen az egyenlőtlenségek változása szerint helyezték el az országokat.)



Új GBD: csökken a halálozás, nő a fiatalok halálozása, növekszik az egészségegyenlőtlenség

A Global Burden of Disease tanulmányban bemutatott bizonyítékok figyelmeztető jelzésként szolgálnak, arra ösztönözve a kormányokat és az egészségügyi vezetőket, hogy gyorsan és stratégiaileg reagáljanak a népegészségügyi igényeket átalakító agasztó tendenciákra.

A globális halálozási arányok csökkennek, de ez nem vonatkozik a fiatalokra és a fiatal felnőttekre, derül ki a legújabb [Global Burden of Disease](#) (GBD) tanulmányból, amelyet közzé tettek a [The Lancet](#) folyóiratban, és bemutattak a berlini [World Health Summit](#) konferencián.

Főbb megállapítások

- A globális várható élettartam 2023-ban több mint 20 évvel magasabb volt, mint 1950-ben, az életkorra standardizált halálozási arány pedig 67%-kal alacsonyabb, és mind a 204 ország és terület csökkenést jelentett.
- Ezen javulások ellenére a világ egy új válsággal szembesül: Észak-Amerikában és Latin-Amerikában a kamaszok és fiatal felnőttek halálozási aránya emelkedik az öngyilkosságok, valamint a kábítószer- és alkoholfogyasztás miatt, míg Szub-Szaharai Afrikában a fertőző betegségek és a balesetek miatt.
- A nem fertőző betegségek a világ teljes halálozási és megbetegedési arányának közel kétharmadát teszik ki, az szívkoszorúér betegség, a sztrók és a cukorbetegség vezeti a tíz leggyakoribb okok listáját.
- A mentális zavarok terhe továbbra is globálisan növekszik, a szorongás és a depresszió 63%-kal, illetve 26%-kal növeli a halálozást és a korlátozottságot.

WHO Európai Gyermekekori Elhízás Felmérése Kezdeményezés (COSI): jelentés a hatodik adatgyűjtési ciklusról, 2022–2024

2025 októberében megjelent a COSI 6. felmérési hullámának adataiból készített jelentés.

A gyermekek egészségtelen testsúlya hatással van fizikai és mentális egészségükre, iskolai teljesítményükre és életminőségükre, emellett növeli az elhízás és a nem fertőző betegségek kockázatát későbbi életükben. A gyermekek elhízása elleni küzdelemhez és az elért eredmények nyomon követéséhez megbízható adatokra van szükség. Ennek érdekében a WHO 2007-ben létrehozta az Európai Gyermekelelhízás Felmérése Kezdeményezést (COSI). Ez ma a világ legnagyobb gyermekelelhízás-felmérési kezdeményezése, amelyben 2024-ben 48 ország vesz részt.

Kiemelt megállapítások

- Összességében a 37 részt vevő országban a gyermekek egynegyede (25%) túlsúlyos (beleértve az elhízást is) volt a WHO definíciója szerint, és minden tizedik (11%) elhízott volt.
- A túlsúly és az elhízás előfordulása a fiúknál magasabb volt, mint a lányoknál.
- Az országok között továbbra is nagy különbségek vannak, a túlsúly előfordulása 9–42%, az elhízásé pedig 3–20% között mozog.
- A túlsúly és az elhízás előfordulása általában stabil maradt a 28 országban, amelyek mind a mostani, mind a 2018–2020-as COSI-körben részt vettek. Ennek ellenére, ahol változások történtek, azok inkább növekedést, mint csökkenést jelentettek.
- A COSI jelentésbe először felvett soványságra vonatkozó adatok rávilágítanak arra, hogy a régió néhány

- országában kettős táplálkozási probléma áll fenn, ahol az alultápláltság a túlsúlyossággal és az elhízással együtt fordul elő.
- Az egészségtelen étkezési szokások viszonylag gyakoriak voltak: a gyermekek több mint fele (54%) nem fogyasztott naponta friss gyümölcsöt; 68% nem fogyasztott legalább naponta egyszer friss zöldséget; és a gyermekek 16%-a, 41%-a, illetve 29%-a fogyasztott sós snackeket, édeségeket és üdítőitalokat hetente háromnál több napon.
 - A részt vevő országok gyermekeinek több mint fele (53%) gyalog, kerékpárral vagy görkorcsolyával járt iskolába, és szinte mindegyikük legalább egy órát aktívan vagy intenzíven játszott naponta.
 - A részt vevő országokban a 6–9 évesek közül 42% legalább két órát töltött naponta tévénézéssel vagy elektronikus eszközök használatával hétköznapiakon, hétvégén pedig 78%. A gyermekek túlnyomó többsége (89%) legalább kilenc órát aludt éjszakánként.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 08.
Elfogadva: 2025. 11. 10.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület története 2020-2025

History of the Association for the Renewal of the Hungarian Public Health

Szerző: [Vitrai József](#)

Kulcsszavak: népegészségügy; Egészségfejlesztő Egyetem; élelmiszer-marketing; egyesület; N3.0

Keywords: public health; Health Promoting Universities; food marketing; association; PH3.0

ELŐZMÉNYEK

Az egyesület megalapításához vezető eseménysort 2019 kora őszén az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Irodájának támogatási felajánlása indította. Akkoriban a minisztérium Népegészségügyi főosztályát vezető Vitrai József – hivatkozva a WHO Health 2020 Európai Egészségpolitikai Keretterv dokumentumra – felvetette, hogy a támogatást egy, a gyermekek egészségének javítását célul kitűző Partneri Együttműködés (PE; angolul *Coalition of Partners*) létrehozására és

működtetésére lehessen felhasználni. A WHO és a minisztérium közösen 2019 szeptemberének végén megrendezett workshopján a résztvevők megalakították a gyermekek egészségét fejlesztő PE-t.

November közepén a workshop résztvevői közül 9 szakértő – a minisztérium meghívására – megalakította az országos PE Irányító Testületét (IT),¹ mely egy kísérleti projekt tervét nyújtotta be támogatásra a minisztériumnak. A minisztérium a projekt megvalósításával a Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft.-t bízta meg.



2. ábra: Horváth Ildikó egészségügyi államtitkár beszél a workshopon 2019.09.28-án



1. ábra: Az IT egyik megbeszélése 2020.01.24.

¹ IT tagok: Girán János (Pécsi Tudományegyetem), Kollányi Zsófia (ELTE), Nemesrévi Marcell (NEK Kft.), Pipicz Márton (Mórahalmi EFI), Sándor János (Debreceni Egyetem), Somhegyi Annamária (TIE szakmai képviselője), Terebessy András (Semmelweis Egyetem), Tóth Gergely (Károli Egyetem), Várfalvi Marianna (KINCS), az IT munkáját Várfi Melinda a WHO által felkért folyamatmenedzser és Vitrai József tanácsadóként segíti.

2020 tavaszára az IT kidolgozta a projekt koncepcióját, és megkezdte a megvalósítás előkészítését. A koronavírus-járvány azonban ellehetetlenítette a kidolgozott koncepció gyakorlatba való átültetését. A járványügyi veszélyhelyzet kihirdetését követően az IT úgy döntött, hogy a magyarországi PE-k későbbi létrehozásához elkészít egy szakmai útmutatót. A gyakorlati munka 2021 első felében megvalósult öt járási egészségfejlesztési iroda (EFI) bevonásával ([rövid videó összefoglaló](#)). A projekt előkészítése során keletkezett tudás és tapasztalat hasznosítása volt a cél 2020 őszén az Egyesület megalapításakor.

MEGALAPÍTÁS

Az alapítók többsége az IT tagjai voltak, és hozzájuk csatlakozott néhány további neves népegészségügyi szakember. Az alapító 11 szakember a következő volt: Bíró Éva, Csizmadia Péter, Girán János, Kaposvári Csilla, Kiss István Zoltán, Kollányi Zsófia, Kőrösiné Horváth Edina, Pipicz Márton, Sándor János, Vitrai József, Várfalvi Marianna. Az alapító okirat így kezdődik: „Meggyőződésünk, hogy a teljes és boldog élet elsődleges feltétele az egészség, amelynek eléréséhez korszerű és hatékony népegészségügy nélkülözhetetlen. A jelentős hazai egészségvesztések, annak társadalmi-területi egyenlőtlenségei arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezeléséhez mindeztidáig alkalmazott megoldási módok nem működtek eredményesen és hatékonyan Magyarországon. Ezért egyesületünk célja a hazai népegészségügy elméletének és gyakorlatának új megközelítéssel történő fejlesztése.”

SZEMLELETTERJESZTÉS

Az Egyesület bemutatkozásképpen, mintegy küldetési nyilatkozatként jelentette meg 2021 elején a [„Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól”](#) című vitairatot. Vitát azóta sem sikerült indítani. 2023 végén ismét kísérletet tett az Egyesület, amikor véleményezésre közzé tette az [„ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról”](#) címet viselő szakmai koncepciót. Ezúttal sem sikerült szakmai diskurzust indítani, úgy látszik, hogy a népegészségügyi szakma nem hajlandó egyeztetni arról, hogyan kellene a hazai népegészségügyet továbbfejleszteni.

2021 márciusában az Egyesület megküldte az „Egészséges Magyarország 2021–2027” – Egészségügyi Ágazati Stratégiáról az N3.0 szemlélet alapján kialakított [állásfoglalását](#) az egészségügyi államtitkárnak, illetve számos, a lakosság egészségében kulcsszerepet játszó kormányzati szervezetnek. A következő évben levélkampányt indított a [„Mit jelent a Népegészségügy 3.0”](#) röpiratot kiküldve a népegészségügyben érintett állami, szakmai szervezeteknek, illetve a sajtó számára háttérbeszélgetést szervezett ebben a témában.

Az N3.0 koncepció megismertetése céljából a közleményen túl, online beszélgetéssorozatot szerveztek az Egyesület tagjai népegészségügyi szakértők számára [„Café N3.0”](#) címmel 2021 áprilisában. Az Egyesület tagjai több szakmai fórumon tettek kísérletet az N3.0 szemlélet megismertetésére. 2021 novemberében Kollányi Zsófia [„A részvételi módszer szerepe az egészségfejlesztésben”](#) és

Vitrai József „[N3.0 Az egészségfejlesztés jövője](#)” címmel adott elő Szegeden az MTA Tudomány Ünnepe alkalmából. 2024-ben ugyanott, ugyanolyan alkalomból, az Egyesület és a Szegedi Tudományegyetem közös szervezésében tartott konferencián „[Konceptió a 21. századi magyar népegészségügy megújítására: Lalonde megközelítésének újragondolása](#)” címmel Vitrai József tartott előadást.

FOLYÓIRATKIADÁS

Az alapítók közül néhányan az [Egészségfejlesztés folyóirat](#) szerkesztőségi tagjai is voltak egyben. A lapot akkoriban a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) adta ki, és vezetői részéről előfordultak kísérletek, hogy a folyóirat tartalmát befolyásolják. A szakmai hitelesség védelmében az Egyesület kezdeményezte, hogy átveszi a folyóirat kiadásának jogát és feladatát. Az NNK ragaszkodott a laphoz, és elismerve a szerkesztőség igényét, 2021 szeptemberében az országos tisztifőorvos írásban biztosította a szerkesztőségi munka függetlenségét. A járvány időszaka alatt azonban két közlemény megjelenését is megtiltotta az NNK, ezért a szerkesztőség tagjai 2022 őszén elhatározták, hogy [Multidiszciplináris Egészség és Jólét](#) címmel új lapot alapítanak. Az Egyesület felvállalta a folyóirat kiadásának feladatát a szerkesztőség függetlenségének biztosításával. Ennek egyik biztosítéka lett a szerkesztők tagként való belépése az Egyesületbe. A lap 2025-ben már a 3. évfolyamában jár, és a havi 5000+ olvasottsága meghaladta a „hátrahagyott” lap 2022-es 4000+ értékét.

EGYÜTTMŰKÖDÉSEK

A megalakulást követően az Egyesület együttműködéseket próbált kialakítani különböző népegészségügyben érintett

szervezetekkel. Bár a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületével (NKE) ígéretesen indult az együttműködési megállapodás előkészítése, annak aláírását az NKE vezetősége végül elutasította. Az Egyesület együttműködést kezdeményezett többek között még az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézettel, az Országos Kórházi Főigazgatósággal, a Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatallal, az Oktatási Hivatallal, de néhány egyeztetési forduló után az együttműködések formalizálása sikertelenül zárult.

KRÍZIS

2022 végén szakmai körökben ismertté vált, hogy az NKE a minisztériumtól megbízást kapott egy népegészségügyi program elkészítésére. Az Egyesület elnöke, Vitrai József levélben megkereste a programírást felelős NKE vezetőket, és felajánlotta az Egyesület közreműködését: „Az együttműködés lehetőséget nyújtana arra, hogy az Egyesületünk által képviselt, döntően a rendszerszemléleten és a részvételiségen alapuló, N3.0-val jelzett szemlélet is megjelenjen a készülő programban.” Az együttműködés felajánlására elutasítás érkezett azzal az indoklással, hogy az NKE kapta meg a felkérést, az NKE teljesíti azt. Az elutasításról Vitrai József egy Facebook bejegyzésben adott tájékoztatást, amiben – többek között – ezt írta: „Az elutasítást egyrészt értelmezhetjük úgy is, hogy a jelenlegi népegészségügyi szakma »hivatalos« vezetői nem kívánják meghallgatni az »új időknek új dalait«, azaz folytatódik a hagyományosnak nevezhető, és eddig is kevés sikert felmutató népegészségügyi tevékenység Magyarországon. Az elutasítás ugyanakkor úgy is értelmezhető, hogy a helyett, hogy a részvételiség elvét követve minden szakmai erőforrást összevonnának, ismét a különböző intézményi és egyéni érdekek

érvényesülésének útját választották az együttműködés, az összefogás helyett.”

Erre a posztra reagálva az NKE elnöke levelet küldött az Egyesület néhány tagja számára, hogy nyilatkozzanak, mennyiben értenek egyet a Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület Facebook oldalán megjelent állásfoglalással. A megszólított egyesületi tagok egyrészt kifogásolták, hogy az Egyesület elnöke nem egyeztetett a tagokkal a bejegyzés szövegét, amit Vitrai József elismert hibának, és kezdeményezte, hogy az Egyesület közgyűlése határozatban szabályozza a további egyesületi bejegyzések kihelyezését. Az érintett tagok másrészt kijelentették, hogy „a nyilatkozat sem tartalmában, sem formájában nem vállalható.” A kifogásolt Facebook poszt miatt az alapító tagok egy része távozott az Egyesületből.

Az alapítók közül 2025-ben már csak hárman egyesületi tagok, azonban a taglétszám a kezdeti 11-ről 16-ra emelkedett 2025 végére. Az alacsony taglétszám ellenére az Egyesület tevékenysége iránt jelentős az érdeklődés, ahogy ezt a Facebook oldalának látogatottsága és követőinek száma jelzi.

KEZDEMÉNYEZÉSEK

2023 tavaszán az Egyesület egy multidiszciplináris munkacsoportot hozott létre, hogy a hazai népegészségügy megújításához koncepciót készítsen. Ennek megalapozásához az ország szakembereihez fordultak, hogy a népegészségügy területére vonatkozó tapasztalataik, tudásuk alapján osszák meg véleményüket. A beérkezett válaszok figyelembevételével a munkacsoport véglegesítette a koncepció téma-vázlatát, majd nyáron elkezdődött a szakmai koncepció első változatának összeállítása. 2023 őszén véleményezésre az első változatot elérhetővé tették az

érintettek képviselői számára. A beérkező vélemények, javaslatok alapján novemberben elkészült az [„ALAPVETÉSEK AZ EGÉJSZÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról”](#) címet viselő szakmai koncepció.

A 2023. júniusában megrendezett 1. Szakmai Fórumon egyetértés alakult ki abban, hogy a Szakmai Fórum célja az Egészséget és Jólétet előmozdító Egyetemen Hálózata, röviden az [EGÉJSZÓL](#) létrejöttének, működésének kezdeményezése és támogatására. Az egészségfejlesztő egyetemen az egészséget a mindennapi működésbe, az üzleti gyakorlatba és a tudományos munkájukba építik be. Azáltal fokozzák intézményeik sikerét, hogy javítják az egyetemeken élők, tanulók, dolgozók egészségét és erősítik közösségeik ökológiai, társadalmi és gazdasági fenntarthatóságát. A Szakmai Fórum tagjaiból az Egyesület több egyetemet képviselő, 13 tagú Felmérési Munkacsoportot alapított, amely első feladataként szisztematikus áttekintést készített az egyetemi egészség és jólét vizsgálatával kapcsolatos szakirodalomról. Az áttekintés eredményét bemutató [közlemény](#) 2025 novemberében jelent meg. A kézirat benyújtását követően megkezdtek a hazai felmérés kérdőívének kidolgozását. Szeptemberben elindultak az első próbakérdések, hogy 2026 tavaszán megvalósítható legyen az első országos felmérés.

Az Egyesület 2025 tavaszán indított [kezdeményezést](#) a gyermekeket célzó étel-miszer-marketing korlátozására. A cél olyan szakmai javaslatok kidolgozása, amelyek előmozdítják a magyar gyermekek egészséges táplálkozását, ezáltal hozzájárulva a gyermek- és felnőttkori krónikus betegségek – különösen az elhízás – visszaszorításához. A kezdeményezéshez több szakma képviselői csatlakoztak, és 2025 októberére elkészítették

a szakmai [javaslatot](#), amelyet széleskörű véleményezésre bocsátották. A korlátozás alá eső élelmiszerek javasolt listájának összeállításához az Egyesület szakértői egyeztetést hív össze még az év végéig.

HOGYAN CSATLAKOZHAT EGYESÜLETÜNKHÖZ?

Örömmel fogadjuk a népegészségügy megújításában részt venni kívánó szakemberek, szervezetek csatlakozását az Egyesülethez. A belépéssel kapcsolatos információk elérhetők [honlapunkon](#). Aktuális híreinkért, eredményeinkért kövesse [facebook oldalunkat](#) és ossza meg azt munkatársaival!

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 11. 15.
Elfogadva: 2025. 11. 17.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.