

## A vendégszerkesztő előszava

### Foreword from the guest editor

Az Egészségfejlesztés folyóirat egészségtervezés témáját tárgyaló különszámának ötlete egy, az elmúlt év végén rendezett konferencián fogalmazódott meg. A szakmai fórum a „Városi egészség aktuális kérdései” címmel a Magyar Tudományos Akadémia Pécsi Területi Bizottságának Preventív Orvosi Tudományok Munkabizottsága és az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége közös szervezésében valósult meg azzal a céllal, hogy tudományágak közötti párbeszédet indítson el olyan szakemberek között, akik a városi környezet közvetlen vagy közvetett egészség hatásainak vizsgálatával, új veszélyek megjelenésével, korábbi kockázatokat felerősítő vagy gyengítő változások azonosításával foglalkoznak. A szakemberek közötti párbeszéd elindult, és az együttgondolkodás első sikerét e tematikus különszám megjelenése is jelzi. A különszám összesen tíz, az egészségtervezés és egészségfejlesztési tervezés témáihoz kapcsolódó írást tartalmaz. Az elméleti háttér tárgyalásával három írás foglalkozik. Ezek között megtalálható a tervezési módszerek különbségeinek és közös pontjainak bemutatása, a szintér alapú megközelítés, mint koncepcionális alap ismertetése, valamint az egészséget támogató közpolitika tervezési szempontból releváns jellemzőinek tárgyalása. Az elméleti háttér áttekintése mellett a különszám a gyakorlati tapasztalatok közreadása is meghatározó szerepet kap. Az olvasók számára hat közlemény kínál lehetőséget elsősorban a hazai települési egészségvédelmi tevékenységek sajátosságainak megismerésére. A szerzők saját szakmai tapasztalataikat is felhasználva mutatják be a közösségi részvételre alapozott egészségtervezés sajátosságait, az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) által kezdeményezett Egészséges Városok (Healthy Cities) programot,

az egészségtervezés legújabb szakmai koncepcióját, továbbá Győr és Székesfehérvár városok évtizedes tapasztalatait, valamint azokat a nehézségeket, amelyeket a járási egészségtervezés jelenlegi törvényi kötelezettsége a járásszékhelyekre ró. Végül a településeken tervezetten megvalósítandó egészségvédelmi és egészségfejlesztési feladatok ellátásának – és így a törvényi kötelezettségnek – történő megfelelés egy lehetséges víziója következik.

A szerkesztőség és a szerzők minden igyekezete ellenére e különszám nem lehet képes a települési egészségtervezéssel kapcsolatban még hazai viszonylatban sem teljes körű képet adni. Szándékunk szerint az összegyűjtött közlemények minden érdeklődő számára olyan információbázisként szolgálhatnak, amelyben a témához kapcsolódó meghatározó fogalmak, módszerek és néhány jó gyakorlat példája megtalálható, avagy az írások a további információszerezés alapjául szolgálhatnak. Kívánom, hogy munkánk eredménye az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés ügyét minél több helyi közösségben segíthesse.

Vendégszerkesztőként ezúton is szeretném megköszönni minden szerző munkáját, amellyel hozzájárult, hogy az egészségtervezéssel és egészségfejlesztési tervezéssel kapcsolatos ismeretek és tapasztalatok ebben a formában is közreadhatóvá váltak. Köszönöm továbbá a főszerkesztőnek azt a megtiszteltetést, hogy e különszám szakmai szerkesztésének feladatára felkérést kaptam.

Girán János  
vendégszerkesztő

*Pécsi Tudományegyetem,  
Általános Orvostudományi Kar,  
Orvosi Népegészségtani Intézet*

## Szerkesztőségi hírek, legnépszerűbb közlemények

News from the editors and the most popular articles

doi: 10.24365/ef.v60i3.496

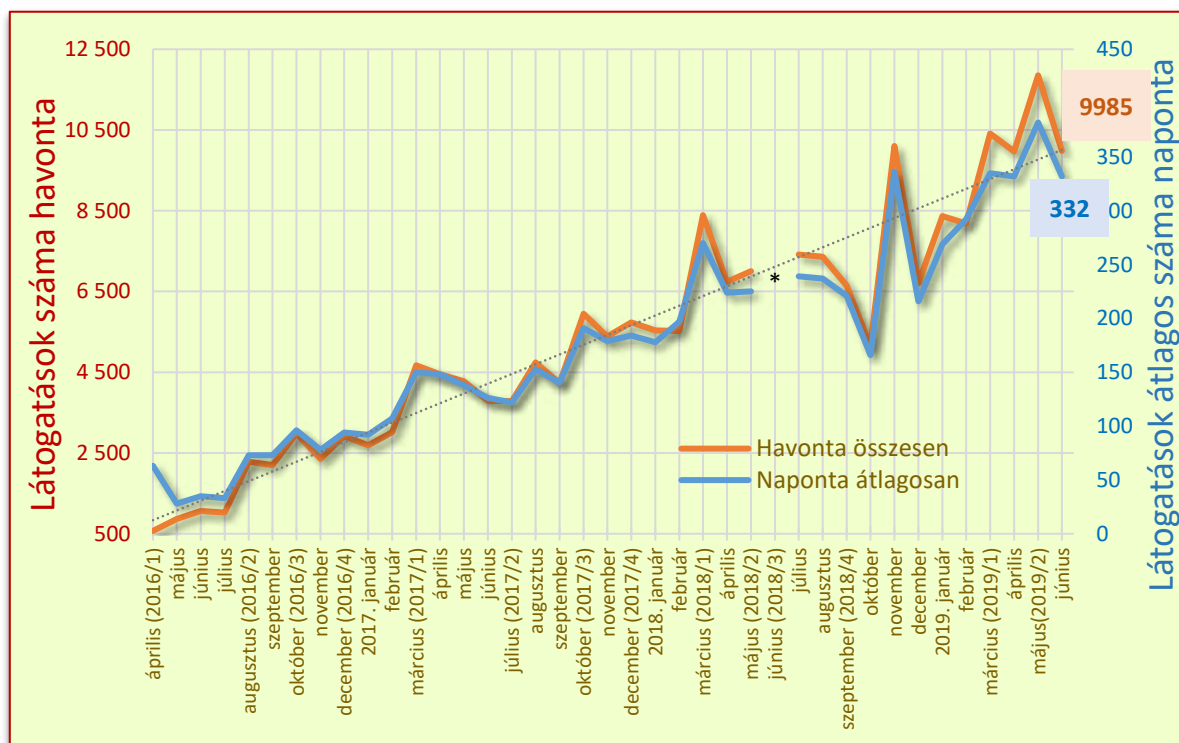
A tavalyi évhez hasonlóan, a megszokott négy lapszám mellett idén is megjelentetjük különszámunkat, ami egy adott témát mutat be részletesen. Mostantól olvasható lapszámunk az egészségtervezéshez és az egészségfejlesztési tervezéshez kapcsolódó írásokat tartalmaz, amelyek ismertetik az olvasóval a fogalmakhoz tartozó elméleti hátteret, valamint a gyakorlati tapasztalatokat.

Mióta szerkesztőségünk 2016-ban áttért az online megjelenésre, majdnem 500 közlemény érkezett hozzánk, ez mutatja a publikálást tervező egészségfejlesztési szakemberek, szerzők érdeklődését, a látogatottsági statisztikák pedig alátámasztják a lap olvasóinak egyre növekvő számát. A látogatói és olvasottsági statisztikákat alább a megszokott táblázatban és ábrán mutatjuk be részletesen. Előző lapszámunk megjelenésekor, májusban a havi és

a napi átlagos látogató-szám is rekordot ért el, bízunk benne, hogy a különszám iránti érdeklődés még ezt is felülmúlhatja.

Az előző számban megjelent, a hazai népegészségügy megújításának kérdését vizsgáló [vitaindító írás](#) sokak érdeklődését kiváltotta, a legérdekesebbnek bizonyult cikkek TOP 10-es listáján a harmadik helyen szerepel („érdekességi” mutató: megtekintések száma / megjelenés óta eltelt napok száma). Várjuk hozzászólásaikat, véleményüket a közleményeinkhez, amelyet bejelentkezés után a weboldalon, vagy közösségi média [oldalunkon](#) tehetnek meg. Folyóiratunk weboldala hamarosan megújul, szeretnénk ezzel az olvasóknak és a szerzőknek is szebb, modernebb és átláthatóbb online lapot kínálni.

1. ábra: A folyóirat honlapját havonta, illetve naponta átlagosan meglátogatók száma



\* nincs adat

1. táblázat: TOP 10-es rangsor

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
<b>ÖSSZEFOGLALÓ</b>			
796	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
677	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
640	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
539	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
536	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
528	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018. 1.
515	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Kolta J, Kun E	2016. 3.
483	Az egészségműveltség definíció	Csizmadia P	2016. 3.
477	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3.
465	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
<b>TELJES KÖZLEMÉNY</b>			
3046	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1323	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1127	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
671	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
634	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
627	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G, Horváth K, Kasza K, Csizmadia P	2018. 2.
433	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról	Solyomossy J, Koós T	2016. 3.
421	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2.
417	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
382	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
<b>"ÉRDEKESSÉG"</b>			
3,66	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1,62	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z, Müller A, Bács Z, Bácsné Bába É	2019. 1.
1,59	Vitaindító: Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani?	Vitrai J	2019. 2.
1,50	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G, Horváth K, Kasza K, Csizmadia P	2018. 2.
1,37	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,19	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,17	A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai	Tánczos Z, Bognár J	2019. 1.
1,15	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,10	Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?	Vitrai J	2019. 2.
1,03	A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai	Kovács AV	2018. 4.

# Az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés módszereinek közös pontjai és különbségei

The commonalities and differences of health planning and health development plan methods

Szerzők: Márovics Gergely ✉  
*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet*

Beküldve: 2019. 06. 01.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.479

**Összefoglaló:** A XX. század végére a fejlett országokban több ember élte mindennapjait városi környezetben, mint falvakban, rurális térségekben. A városi népesség aránya azóta is növekvő tendenciát mutat és napjainkban már nem csak a fejlett országok sajátossága. A városiasodás törvényszerű következménye többek között a népsűrűség növekedése, a megnövekedett gépjárműforgalom, a zöldterületek arányának csökkenése, mely tényezők mind hozzájárulnak a városlakók egyre rosszabb egészségi állapotához. E problémakört többen is felismerték és az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) hathatós közreműködésének és ösztönzésének köszönhetően az 1980-as évek végén sikerült újtára bocsátani az Egészséges Városok (Healthy Cities) nevű nemzetközi programot. A szakemberek első ízben egy szakmai keret- és eszközrendszer határoztak meg, aminek segítségével lehetőség nyílt az egészségtervezés elméleti alapjait a gyakorlatba átültetni. Később aztán ezen eljárás módokkal városközi akciótervek készültek és kialakult az egészségfejlesztési tervezés módszertana is. A XXI. századra eljutottunk oda, hogy a fent említett módszertanok nemcsak a városokban és egyéb településeken használhatók, de könnyen átültethetők a közösségi programokkal kapcsolatos tervezési eljárásokba is.

**Kulcsszavak:** egészségterv; egészségfejlesztési tervezés; városi egészség; egészségkép

**Summary:** By the end of the XX. century, there were more people who lived in urbanized area than in rural territories in the developed countries. Since then, the rate of urban population has an increased tendency and nowadays, it is not just nature of the developed countries. The growing population density and vehicular traffic, the decreased rate of green spaces in the cities indicated by the urbanization have a deteriorative effect on health. Realizing the issues, the Healthy Cities international programme was launched in the end of the 1980's due to the contribution and stimulation of the World Health Organization (WHO). First, the technical framework and the tools were determined by the professionals, which help to put the theoretical basics into practice. Later, by these methods, multi-city action plans were created and the health development plans have been evolved. In the XXI. century, we are at the level where these methodologies not only usable in cities and other settlements but they can be easily transplanted to the field of community programme planning as well.

**Keywords:** health plan; health development plan; city health; health profile

## BEVEZETÉS

Az egészségfejlesztési tevékenységek eszköztárában az egészségterv és az egészségfejlesztési tervezés több évtizede jelen vannak. Nem véletlen, hogy ezek a módszerek az egészségfejlesztési tevékenységek között megjelentek, mivel a célok eléréséhez a tervezett cselekvés hatékony megoldást jelenthet. Igaz mindez az egészséggel kapcsolatos feladatok esetében is, mivel az egyének vagy a közösség számára a tervek mentén megvalósított programok megteremthetik az egészséges életmódhoz szükséges szokások és az egészséget támogató környezet kialakításának feltételeit.

Az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés kialakulása közös alapról eredeztethető. Ezt az alapot a WHO Egészséges Városok programja jelenti. A módszerek kialakulását a résztvevő városok helyi feladatainak változása és az ahhoz alkalmazkodó tervezési gyakorlat formálódása eredményezte. Nyilvánvalóan erre a helyzetre vezethető vissza az a sajátosság, hogy az egészségtervek és az egészségfejlesztési tervek esetében is sokáig a városi és községi alkalmazások voltak jellemzőek. Később, a települési környezetben elért eredmények alapján ezt a megoldást az oktatási intézmények, munkahelyek és más közösségi szintek is alkalmazni kezdték. Napjainkban a különböző szinteken végzett egészségfejlesztési gyakorlat részeként az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés széles körben alkalmazott eszközként jelenik meg.

A közösségi egészségfejlesztéssel kapcsolatos hazai szakmai sajátosság, hogy az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény<sup>1</sup> a járásközpont települések számára kötelező feladatként írja elő a járási egészségtervek készítését. Ennek következtében az egészségtervezés módszere Magyarországon megkérdőjelezhetetlenül a városi egészségfejlesztési eszköztár részévé vált.

A következőkben bemutatásra kerülnek azok az alapvető jellemzők, amelyek az egészségterv és az egészségfejlesztési tervezés sajátosságait jelentik.

## AZ EGÉSZSÉGTERV MÓDSZER ELŐZMÉNYEI

Az egészségtervezés módszerének létrejötté a WHO Egészséges Városok programjának köszönhető. Maga a program kísérleti kezdeményezésként indult 1987-ben, az Ottawában megrendezett első nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát követő évben. Ezzel a kezdeményezéssel a WHO a városok számára kívánt segítséget nyújtani az „Egészséget mindenkinek 2000-re” (Health for All by the Year 2000) stratégia céljainak megvalósításához. A program keretrendszerét ötéves ciklusok és az azokban kijelölt célok határozták meg. Az első ötéves ciklus céljai az egészségegyenlőtlenségek kezelése, közösségi és egyéni egészségvédelmi akciók szervezése, valamint az egészségfejlesztéshez szükséges támogató környezet kialakítása voltak. Ebben az időszakban a program lehetőséget kínált arra is, hogy a több városban is megjelenő azonos problémák megoldására multilaterális együttműködések alakuljanak ki. Ennélfogva, a konkrét feladatok elvégzésére a városok kisebb csoportokba szerveződve városközi akcióterveket (multi-city action plan) dolgoztak ki.<sup>2</sup>

A városközi akciótervek célja az innovatív problémamegoldási modellek kidolgozása, a tapasztalatok és jó gyakorlatok egymásnak való átadása volt. Az akcióterületek között említhetők például az elégtelen lakhatási feltételek, a társadalmi egyenlőtlenségek, a mentális betegségek, a dohányzás, vagy a helyi közlekedési problémák megoldására irányuló intézkedések. A tervezett beavatkozások megvalósításához a városok képviselői a helyben működő üzleti vállalkozások, civil szervezetek és szakmai partnerek irányába új együttműködések kezdeményeztek. A társadalmi szereplők egészségvédelmi feladatokba történő bevonása nemcsak úttörő próbálkozás volt, hanem újfajta problémamegoldási mód is. A sikeres együttműködések szélesítették az egészségvédelem feladatai iránt elkötelezett személyek és szervezetek körét, így az ezirányú tevékenységekhez további alapot biztosítottak.

A városközi akciótervek eredményeinek hasznosítása érdekében a WHO kapcsolatot létesített olyan nemzetközi szervezetekkel, amelyek fő feladatuként az egyes akciótervek által leküzdeni kívánt problémákkal foglalkoztak és egyrészt a tapasztalatokat számukra átadták, másrészt további szakmai közös projekteket kezdeményeztek.<sup>2</sup> A városközi akciótervek készítésének további hasznosulását jelentette az a döntés is, amely a tapasztalatok alapján a városi egészségtervezés módszerének kidolgozását elindította.

### AZ EGÉSZSÉGTERVEZÉS MÓDSZERE

Az Egészséges Városok programban résztvevő településeken a városi egészségtervek (city health plan) kidolgozása 1994-ben, a program második ötéves ciklusában kezdődött. A városok átfogó feladata továbbra is az „Egészséget mindenkinek 2000-re” stratégiában megfogalmazott célok megvalósulásának elősegítése volt. Ezek közül is kiemelt figyelmet kapott, hogy a városok az egészség megőrzéséhez szükséges feltételeket a társadalmi élet minden más színteréhez hasonlóan biztosítsák. A feladat elvégzéséhez az Egészséges Városok program a városi egészségkép és az egészségterv elkészítését javasolta.

A városi egészségkép (city health profile) olyan népegészségügyi szemléletű elemzés, amely a településre vonatkozóan foglalja össze és értelmezi az egészségre és az azt meghatározó tényezőkre vonatkozó legfontosabb információkat.<sup>3</sup> A városi egészségkép segítségével különböző problématerületek definiálhatók. Az ezekkel összefüggő megoldási kezdeményezéseket a városi egészségterv tartalmazhatja. A városi egészségterv az egyének egészségi állapotának javításával összefüggő stratégiai célokat jelöli ki, és meghatározza az ezek elérését szolgáló intézkedéseket.<sup>4</sup>

A városi egészségtervnek szektorokon átívelően kell az egészségügyön kívüli városi egészségfejlesztési cselekvéseket kezdeményeznie és összefognia. A tervezés során alapelveként kell érvényesülnie

- az esélyegyenlőségnek;
- az egészségfejlesztésnek;
- az interszektorális cselekvésnek;

- a helyi közösségi csoportok bevonásának;
- a támogató környezet kialakításának;
- a felelősségteljeségnek;
- a békéhez való jognak.

A városoknak meg kell találniuk a megoldást arra, hogy az intézkedések megvalósításakor ezen alapelvek érvényesüljenek.<sup>4</sup>

Az Egészséges Városok program az egészségterv kidolgozásához elsősorban a koncepcionális keretet biztosította.<sup>4</sup> Az egészségtervezés módszerét alkalmazni szándékozó városok feladata volt az is, hogy a helyi lehetőségek alapján kidolgozzák a számukra optimális adatgyűjtési és tervezési megoldásokat. A települési egészségterv-készítés magyarországi módszerének kidolgozásával kapcsolatban a pécsi Fact Alapítvány szakértői végeztek úttörő munkát.<sup>5,6</sup> Az 1994-1996 közötti időszakban, európai viszonylatban az elsők között dolgozták ki az Egészséges Városok programban résztvevő Pécs városának egészségképét<sup>7</sup>, majd egészségtervét. Az ezt követő több mint tíz éves időszakban az alapítvány munkatársai hétszáznál is több hazai község számára biztosítottak segítséget a települési egészségtervezés és megvalósítás elvégzéséhez.<sup>8</sup>

Az ezredforduló időszakában az egészségterv mellett újabb közösségi egészségfejlesztési módszer, az egészségfejlesztési tervezés jelent meg. Ennek előzménye 1998-ban a WHO Európai Régiója által elfogadott „Egészséget mindenkinek a 21. századra” (Health21 – Health for All in the 21<sup>st</sup> Century) című új egészségstratégia volt. Az új stratégia fő célkitűzésként az egészség társadalmi meghatározóinak alakítását tűzte ki. E célok eléréséhez az egészségfejlesztési tervezés módszere bizonyult alkalmasnak.

### AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVEZÉS

Az egészségfejlesztési tervezés (health development planning) az „Egészség 21” stratégia céljainak elérését segítő módszer. Az „Egészség 21” stratégiában meghatározott átfogó cél, hogy a teljes egészségpotenciál elérésének lehetősége mindenki számára biztosított legyen. Ennek érdekében szükséges az emberek egészségének az élet egészén át tartó védelme és fejlesztése; a fő betegségek és balesetek előfordulási gyakoriságának



csökkentése és az ezek által okozott szenvedés mérséklése.

A cselekvés alapját jelentő értékek:

- az egészség alapvető emberi jog;
- egyenlő bánásmód az egészséggel összefüggésben, valamint a cselekvés során az országok és azok állampolgárai közötti szolidaritás biztosítása;
- egyének, csoportok, szervezetek és közösségek számára a folyamatos és megbízható egészségfejlesztési lehetőségekhez való hozzáférés biztosítása.<sup>9</sup>

A tervezési munka eredményeként létrejövő városi egészségfejlesztési terv olyan dokumentum, amely tartalmazza a település egészségfejlesztéssel kapcsolatos jövőképét, értékvalasztását és a célok eléréséhez rendelt eszközöket. Az egészségfejlesztési terv politikai jelentőségét az adja, hogy abban egyértelműen kinyilvánításra kerül: a település vezetése az egészséget a város működésével összefüggésben alapértékként fogadja el és a döntéseit ennek megfelelően alakítja.<sup>10</sup>

Az egészségfejlesztési terv elsősorban a helyi döntéshozatali folyamatokkal áll összefüggésben és az egészséget támogató közpolitika és az egységes kormányzás feltételeinek kialakításán keresztül kívánja segíteni az egészségfejlesztési célok elérését. Az egészségfejlesztési tervezés során meghatározó cél, hogy a városban működő egyes szektorok stratégiájában célként jelenjen meg az egészség védelme, valamint ennek elérése érdekében interszektorális együttműködés jöjjön létre.<sup>10</sup> A magyarországi városok esetén az egészségfejlesztési tervezés módszerét az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének tagvárosai alkalmazzák.<sup>11</sup>

## ALTERNATÍV GYAKORLATOK

Amint az korábban említésre került, az egészségtervezés és egészségfejlesztési tervezés, valamint az egészségkép készítésének metodikáját közösségi szinteken is használják. 1988-ban indult a Kaliforniai Egészséges Városok és Közösségek (California Healthy Cities and Communities) nevű program, ami azóta több, mint 65 közösséget támogatott különböző fejlesztésekkel és eszközökkel, valamint

segítséget nyújtottak saját, előre meghatározott céljaik eléréséhez.<sup>12</sup> Az egyes helyi társadalmi csoportosulások közösségi kerteket alakítottak ki a városokon belül, többek között azért, hogy a maguk által megtermelt javakat ők és a közvetlen környezetük is fogyaszthassák. Ennek keretében gyakorlati kertészeti képzéseket rendeztek, ahol az önkéntesek elsajátították a növénytermesztés alapjait. Jellegzetessége volt az úgynevezett peer-to-peer mentoring, ahol a mentorok és a mentoráltak abszolút mértékben egyenlő felek. Ez a fajta megközelítés közelebb hozta egymáshoz a különböző kultúrájú embereket.

Indiában, Puné városában készült a helyi Városi Egészségterv 2016-2020 (City Health Plan 2016-2020) program, ami jól mutatja, hogy a hasonló jellegű kezdeményezések a fejlődő országokban is nagy jelentőséggel bírnak.<sup>13</sup> Egészségtervük a helyi egészségi és egészségügyi adottságok feltérképezésével kezdődött. A vizsgálat során kiemelt figyelem övezte azon nőket, akik a felmérést megelőző 1-6 hónapban hozták világra gyermeküket, valamint ezen csecsemőket is bevonták a vizsgálatba. Ezután az egészségügyi adottságok vizsgálata következett, ahol egy előre meghatározott szempontrendszer alapján értékelték a különböző ellátóhelyeket. Ezután fókuszcsoportokat alakítottak, majd mélyinterjúkat készítettek a csoport tagjaival. Az adatok összegyűjtése, feldolgozása, és elemzése után készült el az egészségterv: az egészségügyi ellátórendszer modelljét újraértelmezték és javították, valamint anyai és újszülött egészségmodellt vázoltak fel. Mindez szükséges ahhoz, hogy a jövőben csökkenjen a szülés során bekövetkező anyai halálozás, valamint az újszülött- és csecsemőhalálozás aránya.

## ÖSSZEGZÉS

A tervszerűen végzett városi egészségvédelem területén az egészségterv és az egészségfejlesztési terv is egyaránt hatékonyan működő módszer lehet. A két eljárás egymáshoz való viszonyát vizsgálva jól látszik, hogy az egészségfejlesztési tervezés az egészségtervezés alapjain bontakozott ki, de hatókörüket és eszközrendszerüket tekintve egymástól eltérnek. Az egészségterv az egészséggel kapcso-

latos egyéni kockázati tényezőkkel és az egészséges életmód kialakításához szükséges ismeretek átadásával foglalkozik, míg az egészségfejlesztési terv az egészség társadalmi meghatározóinak alakítását, valamint az egészséget támogató közpolitika működtetését célozza.<sup>10</sup> Ugyanakkor az elméleti megközelítések szintjén egymástól jól elhatárolható különbségek a gyakorlat kontextusában tulajdonképpen jelentőségüket veszítik. Ennek oka, hogy a

városi épített és természeti környezet egészség-hatásainak befolyásolása, a döntéshozatali-szabályozási környezet alakítása, valamint az egyéni egészséget veszélyeztető kockázatok csökkentése azt igényli, hogy a város, mint egész működjön az egészséget támogató módon. Következésképp a hatékony helyi szintű egészségvédelmi tervezést a két módszer megfelelő elemeinek integrálása eredményezheti.<sup>14</sup>

## HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (elérve: 2019.06.11.)

<sup>2</sup> World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.

<sup>3</sup> City health profiles – a review of progress. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

<sup>4</sup> City health planning – the framework. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.

<sup>5</sup> Füzesi Zs, Tistyán L. Az egészségterv koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997;(5):421-427.

<sup>6</sup> Füzesi Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan4.pdf> (elérve: 2019. 03. 04.)

<sup>7</sup> Füzesi Zs, Tistyán L. Tények tükrében Pécs város egészsége. Fact Alapítvány, Pécs, 1996.

<sup>8</sup> Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenció munkacsoport, Pécs, 1998. <http://kka.hu/soros/kiadvany.nsf/329cd37724344b06c12568a9006c35fd/5b39dfc694e354b4c1256bce004110b6?OpenDocument> (elérve: 2019. 03. 04.)

<sup>9</sup> Health 21 – the health for all policy for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1998. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1) (elérve: 2019. 03. 04.)

<sup>10</sup> A working tool on City health development planning - Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.

<sup>11</sup> De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia, 2006;(3)1: 41-46.

<sup>12</sup> Twiss J et al. Community Gardens: Lessons Learned From California Healthy Cities and Communities. American Journal of Public Health. 2003;93(9):1435-1438. doi: [10.2105/AJPH.93.9.1435](https://doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1435)

<sup>13</sup> City Health Plan 2016-2020. Pune, 2016. <https://www.savethechildren.in/sci-in/files/ba/ba8bb6e7-1484-4fd9-8f0b-811021351c9e.pdf> (elérve: 2019. 03. 18.)

<sup>14</sup> Girán J, Östör A, Varga M. A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés 2018;59(3):7-16., doi: [10.24365/ef.v59i3.307](https://doi.org/10.24365/ef.v59i3.307)



# Az egészségvédelmi feladatok színtérialapú megközelítése

## The setting-based approaches of health promotion activities

Szerző: Juhász Gábor ✉  
*Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Társadalmi Kapcsolatok Intézet*

Beküldve: 2019. 06. 04.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.482

**Összefoglaló:** Színtérnek nevezhető a mindennapi tevékenységekhez kapcsolódó hely vagy társadalmi közeg, amelyben a környezeti, szervezeti és személyes tényezők az egészségre és a jóllétre hatást gyakorolnak. A színtér-megközelítésű egészségfejlesztés előnye, hogy az emberek jóllétét elősegíteni kívánó minden szakmai szándék a színterek keretei között megjelenhet, és egyazon folyamat részeként járulhat hozzá az életminőség javításához. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) a színtérialapú megközelítést először az „Egészséges Városok” (Healthy Cities) program kezdeményezésekor használta. A tapasztalatokat felhasználva ezt követően további színtereken is szerveződtek egészségfejlesztési tevékenységek. Az elmúlt három évtized tapasztalatai igazolták, hogy az egészségvédelmi feladatok színtérialapú szervezése integratív és multiszektoralis együttműködést biztosító megoldást jelenthet számos színtér esetében.

**Kulcsszavak:** színtér-megközelítés; közösségfejlesztés; egészségfejlesztés; színtérprogramok

**Summary:** Setting for health is a place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and well-being. The advantage of setting-based health promotion is that any professional initiatives to support people's health and well-being can appear as part of the same process. The Healthy Cities programme was the first initiative where the World Health Organization (WHO) has introduced the setting approach. Based on its experiences, health promotion activities were appeared in several different settings as well. The lessons learned from the past three decades have shown that setting-based approach can result in integrative and multisectoral collaboration in many settings.

**Keywords:** setting approach; community development; health promotion; setting programmes

### BEVEZETÉS

Az egészségvédelmi feladatok színtér-megközelítésű szervezése a közösségi egészségfejlesztés egyik széleskörűen alkalmazott megoldásává vált napjainkra. Előnye, hogy minden, az egyének jóllétét erősíteni kívánó támogató szándék megjelenhet a színtér keretei között, és egyazon folyamat részeként fejtheti ki a hatását. A színterek jó lehetőséget kínálnak a komplex közösségfejlesztésre, függetlenül attól, hogy milyen primer szándék alapján

szerveződnek a tevékenységek, mivel a cél az, hogy a program a közjó érdekében a lehető legtöbb érintettet vonja be a közös gondolkodásba és cselekvésbe, azaz tegye őket a saját vagy a közösség egésze életének jobbítása érdekében aktívá.<sup>1</sup>

A komplex közösségfejlesztés keretében a színtér-megközelítésű egészségfejlesztés ugyancsak átfogó feladatvállalással működik, mivel „a közösségi színtérprogram olyan stratégiai terv és cselekvési program, amelynek célja adott településhez, iskolához, munkahelyhez vagy bármely más közösséghez

(szintérhez) tartozó emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásán keresztül. A közösségi szintérprogram – miközben az adott települést, iskolát, munkahelyet és egyéb közösséget érintő konkrét problémák megoldását (ezen keresztül az ott élő, tanuló, dolgozó emberek testi, lelki és szociális jóllétét) szolgálja – aközben új társadalmi gyakorlat meghonosodását, annak begyakorlását is elősegíti”.<sup>2 (19. o.)</sup> Az egészségfejlesztéssel összefüggő szintér-megközelítés elnevezése nem egységes. Az angol nyelvű szakirodalomban több használatban lévő variáció lelhető fel: szinterek az egészségért (settings for health), szintér-megközelítés (settings approach), szinteralapú megközelítés (settings-based approach), egészségfejlesztési szinterek (health promoting settings), egészséges szinterek (healthy settings). A különböző elnevezések ellenére a megközelítés lényege azonos: a szintér-megközelítésű egészségfejlesztési programok a szintereken élő, dolgozó, tanuló emberek egészségének védelmét szolgálják, miközben a szinterek társadalomra és környezetre gyakorolt külső hatásait is figyelembe veszik.<sup>3</sup>

## A SZÍNTÉR-MEGKÖZELÍTÉS EVOLÚCIÓJA

A WHO egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmatárának meghatározása szerint szintérnek nevezhető a mindennapi tevékenységekhez kapcsolódó hely vagy társadalmi közeg, amelyben a környezeti, szervezeti és személyes tényezők az egészségre és a jóllétre hatást gyakorolnak. Szintérnek nevezhetők még azok a helyek is, ahol az emberek aktívan használják és formálják a környezetüket, és ezzel az egészséggel kapcsolatos problémákat hoznak létre vagy oldanak meg. A szinterek fizikai határokkal és szervezeti felépítéssel rendelkeznek, és meghatározott szerepkört betöltő emberek kapcsolódnak hozzájuk. A szintereken az egészség védelmét szolgáló akciók különbözőek lehetnek: jelenthetnek szervezetfejlesztést, a fizikai környezet megváltoztatását, vagy a szervezeti struktúrával, az ügymenet rendszerével vagy a menedzsmenttel összefüggő átalakítást. A szinterek használhatók arra is, hogy az ott dolgozó emberek az egészségfejlesztés érdekében megszólíthatók legyenek, és az egészségfejlesztéshez kapcsolódó szolgáltatásokat

igénybe vegyék. Hasznosak lehetnek abból a szempontból is, hogy a közösség különböző szinterei között interakciók alakulhatnak ki. Szinterek lehetnek az iskolák, a munkahelyek, a kórházak, a falvak és a városok.<sup>4</sup> A fogalomtárban található értelmezés azonban hosszabb szakmai fejlődés eredményeként jöhetett létre, amely folyamat jelenleg is tart, és az új helyzetekre és lehetőségekre reflektálva alakítja tovább a szintér fogalmát.

A szintér-megközelítés első megjelenése az „Egészséget mindenkinek 2000-re” (Health for All by the Year 2000) stratégiában található: „a Stratégia képviseli mindazokat az egészségért tett célirányos intézkedéseket, amelyeket az egyének és a családok önmaguk egészségéért megtesznek, azon kívül, amit a közösségek és az egészségügyi szolgáltatók vagy egyéb szektorok megvalósítanak”.<sup>5 (12. o.)</sup> Annak ellenére, hogy a jelenleg alkalmazott különböző elnevezések egyikét sem használták a szerzők az akkor formálódó új szakmai irány leírására, a megfogalmazás már előrevetítette mindazt a tartalmat, amit jelenleg e fogalom magába foglal. Az egészségfejlesztéssel kapcsolatban a szintér kifejezés konkrétan az Ottawai Egészségfejlesztési Charta szövegében tűnik föl először: „az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élete szinterein, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik és szeret. Az egészség azáltal keletkezik, hogy az ember törődik saját magával és másokkal, hogy képes döntéseket hozni és életkörülményeit kézben tartani, továbbá bizonyos a felől, hogy a társadalom, amelyben él, olyan feltételeket teremt, amelyek lehetővé teszik az egészség elérését valamennyi tagja számára”.<sup>6 (13. o.)</sup> A definíció megjeleníti azt az egészségfelfogást, amely szerint az egészség a szintereken jön létre, és hogy annak megtartásához is a szintereken való cselekvés szükséges. Ezen felül az egészséget olyan jelenséggént is értelmezi, amelyet részletek sokasága alkot, és amelyek alakulására az emberek és a környezetük közötti interakciók jelentős hatást gyakorolnak. Ennél fogva az Ottawai Egészségfejlesztési Charta szövegében a holisztikus egészségsgszemlélet is megjelenik.<sup>7</sup>

Az egészséget támogató környezet témáját tárgyaló sundsvalli egészségfejlesztési konferencia zárónyilatkozata ugyancsak a szintér-megközelítést alapul véve fogalmazta meg, hogy az egészséget támogató környezet a bennünket körülvevő környezet fizikai

és szociális aspektusára egyaránt utal. Magába foglalja azt a közvetlen környezetet, ahol az emberek élnek, dolgoznak és a szabadidejüket töltik, a helyi közösségüket, az otthonukat, a megélhetésükhöz szükséges forrásokat és az önrendelkezési lehetőségeiket. Az egészséget támogató környezet megteremtésére irányuló törekvés a népegészségügyi akció helyi szintű megvalósítását célzó, az egészség színtereire összpontosító kezdeményezés, amely széles körű társadalmi részvételt és ellenőrzést tesz lehetővé. A nyilatkozat ráirányította a figyelmet, hogy az egészséget támogató környezet a színterek fizikális és infrastrukturális jellemzőinek és interperszonális viszonyainak alakítására fókuszálva alakítható ki.<sup>8</sup>

Az új évezredre vonatkozó egészségfejlesztési feladatokat tárgyaló, Dzsakartában rendezett konferencia nyilatkozata kimondja, hogy az egészségfejlesztéshez szükséges infrastruktúra alapját az egészség színterei jelentik. Az egészségfejlesztés új feladataként jelenik meg azt is, hogy az ágazatközi együttműködés elősegítésére újabb, többféle hálózatot kell létrehozni. Minden országnak fejlesztenie kell az egészségfejlesztéshez szükséges, megfelelő politikai, jogi, oktatási, társadalmi és gazdasági környezetét.<sup>9</sup> A deklaráció ezáltal az egészségfejlesztéshez szükséges infrastrukturális alapként nem kizárólag a színtereken biztosítandó fizikai feltételek és eszközrendszer rendelkezésre állását érti, hanem a megfelelő jogi, szabályozási környezet és szocioökonómiai feltételek szükségességét is hangsúlyozza.

A WHO „Egészséget mindenkinek a 21. században” (Health for All in the 21<sup>st</sup> Century) stratégiája a színtereken zajló egészségfejlesztést már a 13. célként jelöli meg, mondván, hogy az elmúlt tíz év tapasztalatai igazolják, hogy a fenntartható egészség multiszektoriális stratégiáinak alkalmazása motiválja és támogatja az egyéneket, a csoportokat és a közösségeket, hogy az egészségesebb élet érdekében fordítsanak kiemelt figyelmet mindazokra a helyszínekre, ahol az emberek élnek, dolgoznak és játszanak.<sup>10</sup>

A színterek és az egészségfejlesztés szakpolitikai nézőpontból vett értelmezése során az „Egészség minden szakpolitikában” (Health in All Policies) stratégia a konklúziói között hangsúlyozza, hogy az egészség és az egészséges élet való egyenlő hozzáférés témái kiemelt figyelmet érdemelnek

minden társadalompolitikai területen, és felhívja a figyelmet arra, hogy a különböző színterek jelentősen hozzájárulhatnak az ágazatokon átívelő egészségvédelmi együttműködések kialakításához, és ahhoz, hogy a döntéshozók az egészség témájával foglalkozzanak.

A Sanghajban rendezett egészségfejlesztési konferencia zárónyilatkozata kijelenti, hogy a városok és községek az egészségfejlesztés meghatározóan fontos helyszínei, és az egészség bármely település részére az egyik leghatékonyabb markerként szolgálhat mindazon hozzáadott értékeket tekintve, amelyeket a város a fenntartható fejlődés és a biztonságos és reziliens környezet kialakítása érdekében tesz. A színtér-megközelítés segíti a városokat, hogy

- a helyi szakpolitikák prioritásaiként az egészség és a jóllét megjelenjen,
- a társadalmi-közösségi innovációk és interaktív technológiák az egészség védelme érdekében kihasználhatók legyenek,
- a városok a társadalmi kirekesztés ellen és az esélyegyenlőség biztosítás érdekében tevékenykedjenek,
- a közösség fejlődése érdekében a helyi közösség diverzitásából adódó lehetőségeket kihasználják, a lakosság számára egészségügyi és szociális ellátásokhoz való hozzáférést egyenlő esélyeit és a biztosított szolgáltatások személyközpontúságát fokozzák.<sup>11</sup>

A deklaráció az egészség témájához kapcsolódóan a korábbi megközelítésekhez képest még inkább fokozott hangsúlyt fektet a fenntartható és reziliens közösségi környezet kialakítására és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem szükségességére, amelyhez színterek támogatásával az egészségműveltség fokozása ugyancsak szükséges. A deklaráció ezáltal megerősíti, hogy az egészség védelmének feladata alapvetően az egészségügyi ellátórendszeren kívüli ösztársadalmi feladatként értelmezhető. A színtér-megközelítés evolúciója a WHO eddigiekben tárgyalt dokumentumai alapján jól nyomon követhető. [1. ábra]

A folyamat megvilágítja, hogy a kiindulást jelentő, a cselekvés helyszínének megjelölésére szolgáló leírás miként vált az életvitelhez kapcsolódóan az egészség holisztikus megközelítésének értelmezésén, a szabályozási és a fizikai infrastrukturális

feltételek, továbbá a fenntartható fejlődés feltételeinek biztosításán keresztül mostanra olyan komplex és átfogó keretrendszeré, amely a színtér és a közösség jellegétől is függetlenül az egészségfejlesztési megközelítés alapjaként szolgálhat.

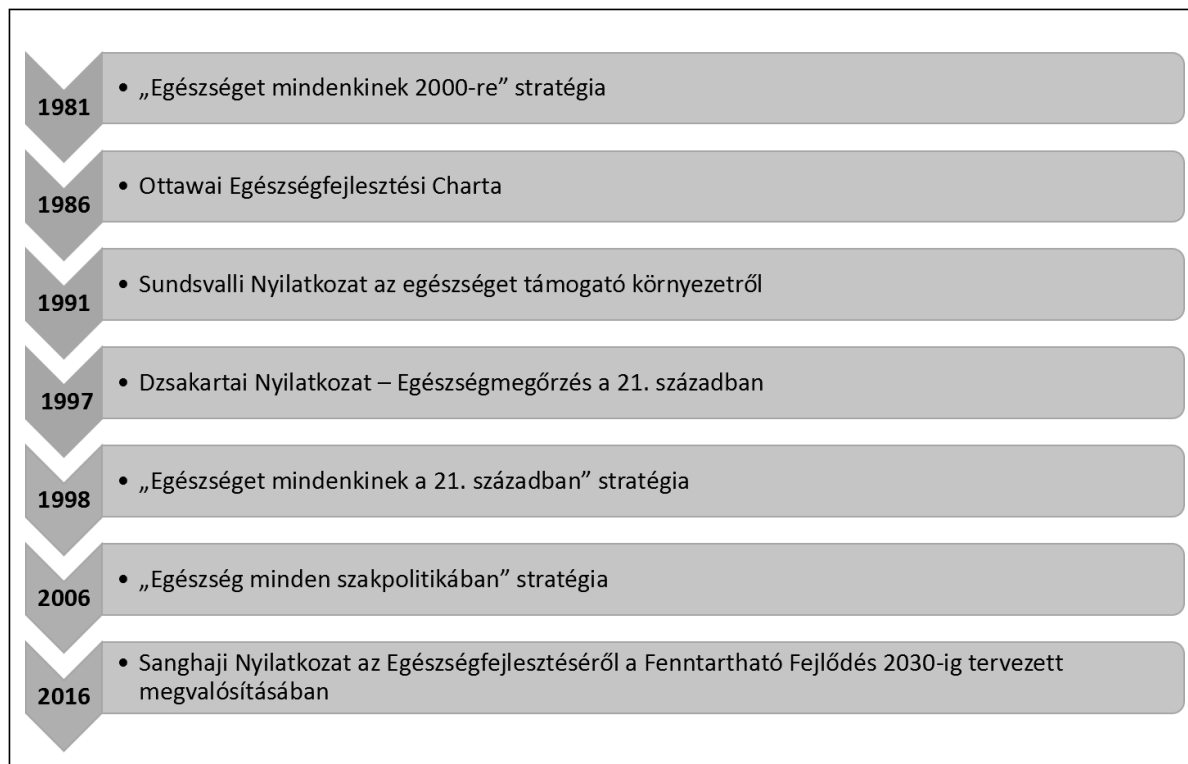
## A SZÍNTÉR-MEGKÖZELÍTÉS ALKALMAZÁSA

A WHO a színtér-megközelítést az egészségfejlesztési programjai szervezésekor több mint három évtizede alkalmazza. Az első pilot program az 1987-ben indult „Egészséges Városok” program volt. A program kezdetben az „Egészséget mindenkinek 2000-re” (Health for All by the Year 2000) gyakorlati megvalósítását támogatta, majd az idők során integrált városi egészségvédelmi és egészségfejlesztési tevékenységgé alakult.<sup>5</sup> A jelenlegi értelmezés alapján az egészséges város az, amely tudatosan figyel az ott élők egészségére, és igyekszik elősegíteni annak fejlesztését. A sikeres működés érdekében a program a csatlakozni kívánó városoktól elvárja az egyértelmű politikai elköteleződést. A program átfogó célja, hogy a helyi szintű egészségfejlesztés témáját a politikai és társadalmi

döntéshozók figyelmének előterébe helyezze. Az egészségdeterminánsok alakításával kapcsolatban törekvés még az esélyegyenlőség érvényesítése, a részvételi döntéshozatal és szolidaritás biztosítása. A feladatvállalások során elsődleges szempont az interszektoralis együttműködés kialakítása a szakmai szervezetek, az üzleti szektor, az önkéntesek és a közösségi szervezetek között. A program munkamódszerként a közösségi egészségfejlesztés, a közösségfejlesztés és a szervezetfejlesztés alkalmazását alkalmazza. Az aktuális stratégiai cél az „Egészség 2020” (Health 2020) és a „Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030” (2030 Agenda for Sustainable Development) stratégiák helyi érvényesülésének támogatása.<sup>12</sup> Az „Egészséges Városok” programot Magyarországon az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége képviseli.<sup>13</sup>

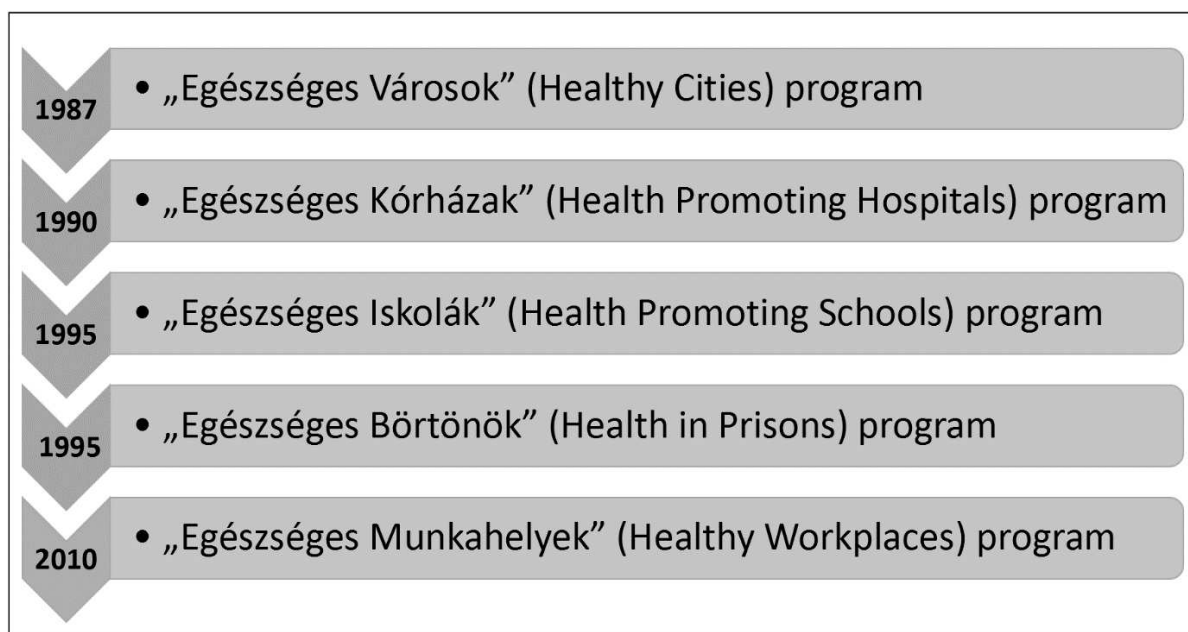
Az „Egészséges Városok” program önmagában is meghatározó kezdeményezés, de abból a szempontból is jelentős a hatása, hogy más szinterek számára is követendő példát nyújtott a saját szinterspecifikus programjuk megszervezéséhez. [2. ábra]

1. ábra: A színtér-megközelítés evolúciója



Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: Az Egészségügyi Világszervezet színtér-megközelítést alkalmazó egészségfejlesztési programjainak elindulása



Forrás: saját szerkesztés

A példaadáson túl az „Egészséges Városok” program a tapasztalatok és a jó gyakorlatok megosztásával segítette az „Egészséges Kórházak” (Health Promoting Hospitals) az „Egészséges Iskolák” (Health Promoting Schools), az „Egészséges Börtönök” (Health in Prisons) és az „Egészséges Munkahelyek” (Healthy Workplaces) programok elindulását és működését.

Az „Egészséges Kórházak” program 1990-ben indult a WHO programjaként. A hálózat a korábbi kórházi intézmények közötti nemzetközi együttműködés alapján szerveződött és elsődlegesen a szociálisan rászoruló betegek és a családtagjaik, a kórházi dolgozók, a helyi közösség tagjai számára biztosítanak egészségfejlesztési támogatást. A program alapkonceptiója az Ottawai Egészségfejlesztési Chartában az egészségfejlesztési tevékenység öt összetevője között említett „az egészségügyi ellátás átszervezése” feladathoz kapcsolódóan fogalmazódott meg: „az egészségügyi ágazat tevékenységének egyre inkább az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia, azon a kötelezettségen túl, hogy intézeti és gyógyító ellátást nyújt. Az egészségügyi szolgáltatóknak kibővített felhatalmazással kell rendelkezniük, amely érzékeny, és tiszteletben tartja a kulturális igényeket”.<sup>6 (13. o.)</sup> A programban részt vevő intézmények éves akcióterveket dolgoznak ki és valósítanak meg. Ennek megfelelően a feladatvállalások – többek között – a betegek egészségtudatos viselkedésének fejlesztését, az egészséges kórházi és -munkakörnyezet megteremtését és a többségtől eltérő kulturális háttérrel rendelkező csoportok támogatását célozzák.<sup>14</sup> Az „Egészséges Kórházak” programot Magyarországon az Egészségmegőrző Kórházak Nemzeti Hálózat képviseli.<sup>15</sup>

Az „Egészséges Iskolák” program 1995-ben indult a WHO szervezésében. A program feladatvállalása szerint helyi, regionális és országos szinteken támogatja az iskolákban a diákok, a tanárok és az iskolai dolgozók számára szervezett egészségfejlesztési és egészségnevelési tevékenységeket. Az iskola által biztosított közösség-szervezési lehetőségeket kihasználva a program feladatának tekinti még a tanulók családjá és a helyi közösség más csoportjai számára elérhető egészségnevelési szolgáltatások felvállalását is. A tevékenységek során meghatározó szándék a helyi közösség szakmai, üzleti és nonprofit szervezeteivel történő együttműködés kialakítása. A program módszerei között megtalálhatók az iskolai egészségtervezés, az iskolai egészségnevelési programok és egészségügyi szolgáltatások biztosítása, az egészséges táplálkozással és a fizikai aktivitással összefüggő ismeretek átadása, az egészséges életvezetési tanácsadás, a mentális egészség védelmét célzó tevékenységek és a szociális támogatások biztosítása.<sup>16</sup> Az „Egészséges Iskolák” programot

Magyarországon az Egészségesebb Iskolák Magyarországi Egyesülete képviseli.<sup>17</sup>

Az „Egészséges Börtönök” program hálózati együttműködésként szintén 1995-ben indult. A program megszervezését indokolta, hogy hosszú ideig számos országban a büntetés-végrehajtási intézményeken belüli egészségügyi ellátás a nemzeti egészségügyi ellátórendszerektől elkülönült igazgatási és szakmai felügyeleti rendszerben működött, és így az aktuális népegészségügyi feladatok ellátása nem mindig jelent meg a börtönökben. Mindez az egészségvédelem esélyeihez való egyenlő hozzáférés és az egészségi állapot különbségeinek csökkentése elveivel nem volt összhangban. A program feladtvállalása, hogy a büntetés-végrehajtási intézményekben megteremtse a lehetőséget az egészséghez való jog egyenlő érvényesülésére, valamint a társadalom többi tagja számára is rendelkezésre álló egészségügyi és egészségvédelmi szolgáltatások igénybevételét. A program intézményeiben kiemelt figyelem fordul azon életmódjellemezők tudatosítására és a prevencióra, valamint a vakcinációra, amelyek a fertőző betegségek zárt közösségen belüli terjedésével összefügghetnek. A társadalomba való újra beilleszkedés előkészítése során a program hangsúlyos feladatot vállal az elítéltek egészségi állapotának javítása és az egészségtudatos életvitellel kapcsolatos ismeretátadás területén is, védve ezáltal az elítéltek családjának vagy befogadó közössége tagjainak az egészségét is.<sup>18</sup>

A mindennapi élet különböző színtereit célzó programok mellett a színtéralapon szervezett egészségvédelmi tevékenységek az átfogó nemzetközi és nemzeti népegészségügyi stratégiák és programok részeként is megjelentek. Magyarországon a 2003 és 2011 közötti időszakban a Nemzeti Népegészségügyi Programban számos prevenció program és

akció a színtér-megközelítést alkalmazva valósult meg.<sup>19</sup>

A „Egészséges Munkahelyek” program a WHO által szervezeten 2010-ben indult. A program alapjául szolgáló ajánlásgyűjtemény szerinti megfogalmazásban az egészséges munkahely az, ahol a vezetők és a beosztottak az egészség megőrzése és védelme, továbbá a biztonság és jóllét megteremtése érdekében folyamatosan együttműködnek, és a munkahely fenntartható működése érdekében törekszenek a következő szükségletek figyelembevételével:

- az egészség és biztonság feltételeinek a fizikális munkakörnyezetben történő biztosítása;
- az egészség, a biztonság és a jóllét feltételeinek a pszichoszociális munkakörnyezetben történő biztosítása, a munkahelyi szervezeti struktúráját és kultúráját is ideértve;
- a dolgozók egyéni egészséges életmódjának kialakítását és megvalósítását elősegítő intézkedések megtétele;
- közösségi támogatás biztosítása a dolgozók, a családtagjaik és a helyi közösség más tagjainak egészséges életmódja kialakításához.

Az „Egészséges Munkahelyek” kezdeményezés az eddig említett színtér-megközelítésű programoktól eltérő módon működik. Ennek oka, hogy a programban résztvevő munkahelyek formálisan nem alkotnak együttműködési hálózatot, hanem mindennapi működésük során követik a WHO által megfogalmazott munkahelyi egészségvédelmi ajánlásokat.<sup>20</sup>

A fentiekben bemutatott példák egyértelműen mutatják, hogy az egészségvédelmi programok esetén a színtér-megközelítésű szervezés akár a településen mint színtéren, akár számos egyéb színtér esetében hatékony integratív és multiszektoralis együttműködést biztosító megoldást jelenthet.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Vercseg I. Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan5.pdf> (elérve: 2019. 03. 06.)

<sup>2</sup> Füzesi Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan4.pdf> (elérve: 2019. 03. 06.)

<sup>3</sup> Dooris M. Health promoting settings: future directions. Promotion & Education, 2006; 13, pp. 4-6. doi: [10.1177/10253823060130010101](https://doi.org/10.1177/10253823060130010101)

<sup>4</sup> Health Promotion Glossary, World Health Organization, Geneva, 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (elérve: 2019. 03. 06.)



- <sup>5</sup> Global Strategy for Health for All by the Year 2000. World Health Organization, Geneva, 1981. [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR\\_RC032\\_GlobalStrategy\\_1981\\_en.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf) (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>6</sup> Ottawai Egészségfejlesztési Charta. In: Az egészségfejlesztés Alapelvei. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>7</sup> Dooris M, Newton W, Newton J. Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. Scandinavian Journal of Public Health, 2014; 42(Suppl 15): 7–16. doi: [10.1177/1403494814544495](https://doi.org/10.1177/1403494814544495)
- <sup>8</sup> Sundsvalli nyilatkozat az egészséget támogató környezetről. In: Az egészségfejlesztés Alapelvei. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>9</sup> Dzsakartai nyilatkozat - Egészségmegőrzés a XXI. században. In: Az egészségfejlesztés Alapelvei. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>10</sup> Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1) (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>11</sup> Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Shanghai, 2016. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>12</sup> World Health Organization. What is a healthy city. n. d. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-healthy-city> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>13</sup> Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége. [www.hahc.hu](http://www.hahc.hu) (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>14</sup> The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services Concept, framework and organization, WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2007. (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>15</sup> Az Egészségmegőrző Kórházak Nemzeti Hálózata <https://www.arcanum.hu/hu/online-kiadvanyok/TenyekKonyvetenyek-konyve-1/medicina-1B567/fontos-intezmenyek-szervezetek-egyesuletek-1BA07/egeszsegmegorzo-korhazak-nemzeti-halozata-1BA41/> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>16</sup> World Health Organization. What is a Health Promoting School? n. d. <https://www.who.int/health-promoting-schools/overview/en/> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>17</sup> Egészségesebb Iskolák Magyarországi Egyesülete. <https://ogk.hu/intezetunkrol/sajto/sajtokozlomenyek/2018/20180724-dr-somhegyi-annamaria-a-who-koordinatora/> (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>18</sup> Enggist S. et al (szerk.) Prisons and Health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf) (elérve: 2019. 03. 06.)
- <sup>19</sup> Girán J, De Blasio A. A szintér-megközelítés érvényesülése az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja megvalósítása során. Magyar Epidemiológia 2012; 9:(2) pp. 111-118.
- <sup>20</sup> Healthy Workplaces: a model for action For employers, workers, policy-makers and practitioners. WHO Press, World Health Organization, Geneva, 2010. [https://www.who.int/occupational\\_health/publications/healthy\\_workplaces\\_model\\_action.pdf](https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf) (elérve: 2019. 06. 18.)



# Az egészséget támogató közpolitika és az egészségtervezés néhány összefüggése

Some interrelations between healthy public policy and health planning

Szerző: Girán János ✉

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Beküldve: 2019. 05. 27.

doi: 10.24365/ef.v60i3.473

**Összefoglaló:** A közpolitikai döntések és az egészség kapcsolata napjainkban már nem csupán egy lehetséges összefüggésként, hanem tényként és – ebből következően – döntéseket is alakító érveként értelmeződik. Amennyiben a szakpolitikai döntéshozók az egészség védelmét prioritásnak tekintik, a szakpolitikai döntésekkel és tevékenységekkel összefüggésben e prioritás érvényesülhet, és hozzájárulhat az egészséget támogató szakpolitikai környezet kialakulásához. Ugyanakkor az egészség minden szakpolitikában és az egységes kormányzás megközelítéseknek a városi egészségterv bázisán történő alkalmazásával a helyi szintű egészséget támogató közpolitikai környezet kialakítása is megtörténik.

**Kulcsszavak:** egészségtervezés; egészséget támogató közpolitika; egészség minden szakpolitikában; egységes kormányzás

**Summary:** Today, the relationship between health and public policy decisions is understood not as a possible relationship but as a fact, and consequently as a decision-making argument as well. As long as policymakers take into account health as a priority, policy decisions can follow these preferences and contribute to creating a healthy public policy environment. Moreover, on the ground of health planning, the health in all policies and the whole-of-government approaches together create a healthy public policy environment, at the local level.

**Keywords:** health planning; healthy public policy, health in all policy, whole-of-government

## BEVEZETÉS

A közpolitikai döntések és az egészség kapcsolata napjainkban már nem csupán egy lehetséges összefüggésként, hanem tényként és – ebből következően – döntéseket is alakító érveként értelmeződik. Mindez a közpolitika különböző meghatározásainak ismeretében nem meglepő, hiszen akár a hazai szerzők<sup>1,2</sup> írásait, akár a nemzetközi szakirodalmi forrásokat<sup>3,4</sup> vizsgáljuk, azt láthatjuk, hogy az egyes kormányzati szinteken megjelenő, az emberek életére hatást gyakorló valamennyi tevékenység a közpolitika részeként értelmeződik. Ezáltal az összes ágazati szakpolitikai terület működése és eredményei, továbbá a szakpolitikák alakításának folyamata is a közpolitika alkotóeleme. Az egészség

összefüggésében a közpolitikai környezet relevanciáját az adja, hogy minden döntés – akár közvetlen, akár közvetett módon – az egészségi állapotot meghatározó tényezőket alakítja.

A különböző szakpolitikai területek esetén az egészség-szemponatok érvényesülése nem magától értetődő elvárás. Az egészség, mint prioritás spontán értékválasztás, illetve tudatos döntés eredményeként egyaránt a szakpolitika működésének a részévé válhat. Amennyiben a szakpolitikai döntéshozók az egészség védelmét prioritásként tekintik, az intézkedések között az ezirányú döntések és tevékenységek előnyt élveznek. Tekintettel arra, hogy a közpolitikát a szakpolitikák összessége alkotja, ha minden szakpolitikai terület az egészség védelmét prioritásként kezeli, létrejön az egészséget

támogató szakpolitika. Az egészségtervezés módszerei segítségével elősegíthető, hogy az egyes szakpolitikai területek működése során az egészség, mint horizontális prioritás érvényesülhessen, és így az egészséget támogató szakpolitikai környezet kialakítható legyen.

## AZ EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ KÖZPOLITIKA

Az egészséget támogató közpolitika fogalma már a megjelenésekor is olyan keretrendszerként értelmeződött, amely a döntéshozói elkötelezettség érvényesülése esetén az egészség társadalmi tényezőinek pozitív alakítását segíti elő. Az Ottawai Charta szövege az egészséget támogató közpolitikát az öt egészségfejlesztési cselekvési terület egyikeként határozta meg: „Az egészségfejlesztés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein: az egészséget a politikát alakítók napirendjére tűzi valamennyi ágazatban és valamennyi szinten, tudatosítva bennük, hogy döntéseiknek milyen következményei lehetnek az egészségre nézve, és elfogadtatva velük felelősségüket az egészségért”.<sup>5 (11.o.)</sup>

A második nemzetközi egészségfejlesztési konferencia záródokumentuma az egészséget támogató közpolitika fogalmát pontosan meg is határozza: „az egészséget támogató közpolitika minden területét áthatja az egészséggel és egyenlőséggel való törődés és az egészségre gyakorolt hatása iránti felelősség. Az egészséget támogató politika fő célja az egészséget támogató környezet megteremtése, amely elérhetővé teszi az emberek számára az egészséges életet. Az ilyen politika lehetővé teszi vagy megkönnyíti az embereknek az egészség választását; támogatóvá alakítja a társadalmi és a fizikai környezetet. Az egészséget támogató közpolitika elérése érdekében a mezőgazdasággal, kereskedelemmel, oktatással, iparral és kommunikációval foglalkozó kormányzati szektoroknak lényeges tényezőként kell figyelembe venniük az egészséget a szakpolitikájuk kialakítása során. Ezek a szektorok felelősséggel tartoznak az általuk hozott döntések egészséget befolyásoló hatásaiért, s legalább annyi figyelmet kellene az egészségnek szentelniük, mint amennyit a gazdasági megfontolásoknak szentelnek.”<sup>6 (16.o.)</sup>

A szektorok közötti együttműködés szükségességének hangsúlyozásával az idézett meghatározás

az interszektorális és multiszektorális cselekvés igényét is megfogalmazta.

Az interszektorális és multiszektorális cselekvés mind a korábbi<sup>7, 8</sup>, mind a legutóbbi<sup>9</sup> meghatározások szerint az olyan szakpolitikai szektorok közötti együttműködést jelenti, amelyek elsődleges tevékenysége az egészségügyi ellátás feladatrendszerén kívül esik. Az együttműködés célja az egészség védelme és az egészségfejlesztési feladatok ellátása érdekében biztosítani mindazokat a megoldásokat, amelyek hatékonyabbak, hatásosabbak, hosszú távon fenntarthatóbbak, mint ha azt az egészségügyi szektor szereplői egyedül végeznék.

Az egészséget támogató szakpolitika és a multiszektorális cselekvési szemlélet kapcsolatát az egészség minden szakpolitikában és az egységes kormányzás megközelítések tették széles körben ismertté és támogatták a mindennapi tevékenységek során történt alkalmazásukat.

## EGÉSZSÉG MINDEN SZAKPOLITIKÁBAN ÉS AZ EGYSÉGES KORMÁNYZÁS

Az egészség minden szakpolitikában megközelítés a kezdetekkor a döntéshozói figyelem egészségkérdésekre történő ráirányítását és a feladatvállalási szándék élnékitését célozta mindazon kormányzati területeken, amelyeknek az elsődleges feladatvállalása nem az egészségi állapot védelmével összefüggő cselekvés volt.<sup>10</sup> Az elmúlt mintegy másfél évtizedben e fogalom tartalma már kiterjesztettebb értelemben úgyszintén használatossá vált. Jelenleg azt a megközelítést (is) jelenti, amely elő kívánja segíteni, hogy a mindennapi élet színtereinek különböző döntéshozatali és operatív cselekvési területein multiszektorális együttműködések kialakításával az egészséget támogató szemlélet és gyakorlat érvényesülhessen.<sup>11</sup>

Az egészség minden szakpolitikában megközelítés az egyes színterek mindennapi egészségtudatos működését a következő stratégiák alkalmazásával segítheti:

- a károkozás kerülése stratégia, amely alkalmazásakor a szakpolitikai döntéshozók tudatosan törekszenek arra, hogy a közösség tagjai számára a döntéseik sem direkt, sem indirekt módon negatív egészséghatásokat ne eredményezzenek

- az egészség-stratégia, amely keretében egy adott szinten az egészségvédelemért felelős szakpolitika képviselői minden olyan szakpolitika számára javaslatot tesznek az egészség-célok integrálására, amelyek fő tevékenysége nem az egészség védelmére fókuszál
- a győztes-győztes stratégia alkalmazása során – érzékenyítést követően vagy spontán módon – az adott szinten olyan szakpolitikai területe(i)nek képviselői kezdeményezi(k) más szakpolitikák felé az egészségcélokért történő együttműködést, amely(ek) nem az egészségvédelem területén tevékenykednek.<sup>10</sup>

A három stratégia egyikének önálló, avagy egymással kombinált alkalmazásával a szakpolitikai területek közötti szinergiák kihasználása megtörténhet, és az egészséget támogató közpolitikai környezet létrejöhet.

Az egységes kormányzás megközelítés az adott szinten belül bizonyos témák vagy feladatok esetén egyrészt a döntéshozatali szakterületek közötti határok eltörlését, másrészt az egységes feladat- és felelősségvállalást célozza.<sup>12</sup> E koncepcionális keret egy adott szinten döntéshozatala számára olyan működési rendszer kialakulását eredményezheti, amelyben a feladatterületekben való gondolkodás<sup>i</sup> háttérbe szorul, így az egészségcélok és az azok érdekében történő cselekvés sem egyes feladatterületekhez köthetően, hanem minden feladatterület közös döntéshozói felelőségeként jelenik meg. Ezáltal az egészség szükségszerűen minden szakmai terület stratégiai döntéseibe integrálódik, és döntéshozói feladatként az egészségcél elérése is minden területen relevánssá válik.

Az egészséget támogató közpolitika helyi szintű működésének kialakítása érdekében az egészség minden szakpolitikában és az egységes kormányzás megközelítések együttes alkalmazása a városi egészségterv bázisán valósulhat meg.<sup>13</sup>

## AZ EGÉSZSÉGTERV, MINT AZ EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ VÁROSI KÖZPOLITIKA KIALAKÍTÁSÁT SEGÍTŐ ESZKÖZ

A város, mint önálló helyi szintű közpolitikai kontextus működése számos szakpolitikai terület működésének együttes eredményeként jön létre. Annak érdekében, hogy a szakpolitikai területek tevékenységéhez kapcsolódóan az egészség védelme prioritásként érvényesüljön – és így az egészséget támogató helyi közpolitikai környezet kialakulhasson – a korábbi gyakorlathoz képest számos változás lehet szükséges. A változások jellegük szerint lehetnek elsőfokú változások vagy másodfokú változások. Az elsőfokú változás eredményeként az adott rendszer működési hatékonysága javul vagy romlik, de a struktúra változatlan marad. A másodfokú változás az adott rendszer működési struktúrájának átalakulását eredményezi, és az így újjászervezett rendszer egésze lehet képes egy korábbi helyzethez viszonyítottan más szinten való működésre.<sup>14</sup>

A városi közpolitikai környezetben az egészségtervek jelentőségét az adja, hogy az egészség minden szakpolitikában és az egységes kormányzás megközelítéseknek a tervezett intézkedésekre vonatkozó alkalmazása a másodfokú változás indukálása céljával jelenik meg. E változások a helyi közpolitika működését az egészséget támogató irányba alakítják. Ily módon a városi egészségtervek a helyi közpolitikai környezetre legalább két módon gyakorolhatnak hatást: egyrészt az egészségterv, mint stratégiai dokumentum a helyi eszközrendszer részeként hozzájárul, hogy a közpolitika egésze az egészséget támogató módon működjön. Másrészt a multiszektorális együttműködések generálása révén a közpolitikát alkotó szakpolitikai területek közötti viszonyrendszert is formálja.

<sup>i</sup> A feladatterületekben való gondolkodás más megfogalmazásban szektorális szemléletként avagy a siloed nature of governance meghatározással jellemezhető.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Kaiser T. (szerk.) Helyi közpolitika. Nemzeti Közszerzői Egyetem, Budapest, 2015. <http://m.ludita.uni-nke.hu/repoitorium/bitstream/handle/11410/10332/Teljes%20sz%C3%B6veg?sequence=1&isAllowed=y> (elérve: 2019.04.22.)
- <sup>2</sup> Jenei Gy. A közpolitika és a közigazgatástudományok. In: A jogászképzés múltja, jelene és jövője. ELTE Állami és Jogtudományi Kar, Budapest, 2003. pp 124-130.
- <sup>3</sup> Kingdon WJ. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Longman Classics in Political Sciences, New York, 2003.
- <sup>4</sup> Howlett M, Cashore B. Conceptualizing Public Policy. In: Engeli I, Allison CR. (eds) Comparative Policy Studies. Research Methods Series. Palgrave Macmillan, London, 2014.
- <sup>5</sup> Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta In: Kishegyi J, Makara P. (szerk.) Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek. OEFI, Budapest, 2004.
- <sup>6</sup> Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról. In: Kishegyi J, Makara P. (szerk.) Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek. OEFI, Budapest, 2004.
- <sup>7</sup> Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 Country Case studies. Ottawa: Public Health Agency of Canada and World Health Organization, 2008.
- <sup>8</sup> Kreisel W, von Schirnding Y. Intersectoral action for health and wellbeing: a cornerstone for health for all in the twenty-first century. World Health Statistics Quarterly 1998;51(1):75-78.
- <sup>9</sup> Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf?ua=1) (elérve: 2019. 04. 20)
- <sup>10</sup> Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. (eds) Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, 2006.
- <sup>11</sup> Lin V, Jones C, Wang S, Bariş E. Health in All Policies as a Strategic Policy Response to NCDs. Health, Nutrition, and Population (HNP), World Bank Discussion Paper, Washington DC, 2014.
- <sup>12</sup> Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013.
- <sup>13</sup> Girán J, Östör A, Varga M. A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés 2018;59(3):7-16. doi: 10.24365/ef.v59i3.307
- <sup>14</sup> Watzlawick P, Weakland H. J, Fich R. Változás – A problémák keletkezésének és megoldásának elvei. Animula Kiadó, Budapest, 2008.

# Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon

## Community-based health planning in Hungary

Szerzők: Szőke Katalin<sup>a</sup> ✉, Tistyán László<sup>b</sup>, Füzesi Zsuzsanna<sup>c</sup>  
*a: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, b: Fact Intézet, Pécs, c: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs*

Beküldve: 2019. 06. 06.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.483

**Összefoglaló:** Az a kistelepülési tervezési modell, amelyet ezen írás bemutat, a közösségeket helyezi az egészségtervezés teljes folyamatának középpontjába. A modell lényege az adott közösség tagjainak „képesse tétele” arra, hogy életminőségét és ezen keresztül egészségi állapotának alakulását a saját fejlődésének megfelelő ütemben és mértékben javítsa. A 20 éve kidolgozott egészségtervezési módszertan mentén számos pályázati programot hirdettek meg, amelyekhez kapcsolódó képzéseken a magyarországi települések képviselői elméleti kereteket és gyakorlati fogódzókat kaptak az egészségtervek elkészítéséhez. A helyi közösségek tagjai a közösségi tervezés eszközeit alkalmazva, helyi szükségletekre alapozott cselekvési programokat alkottak, illetve valósítottak meg. A közösség adottságaira, kultúrájára, valamint tagjainak motivációira és cselekvő részvételére építő tervezési folyamat záloga az egészségtervek fenntarthatóságának, csak úgy, mint az egészségtervezési folyamat minden fázisának nyilvánossága. A közösség tagjait aktívan bevonó tervezési-megvalósítási folyamat során és eredményeként olyan társadalmi gyakorlat alakult ki, amely a korábbi paternalista megközelítés helyett a közösségi részvétel új formáit ösztönözte.

**Kulcsszavak:** közösség; életminőség; egészségterv; autonómia; közösségi tervezés

**Summary:** The small town planning model presented in this paper places communities at the center of the whole process of health planning. The essence of the model is to 'empower' the members of a given community to improve their quality of life and thus their health at a proper pace and extent in accordance with their own development. Along with the health planning methodology developed twenty years ago, a number of applications were announced for which the representatives of Hungarian settlements received theoretical frameworks and practical handles for the preparation of health plans. The members of local communities created and implemented action programs applying community planning tools based on local needs. The design process that builds on the community's capabilities, culture, over and above motivation and active participation of its members is the key to the sustainability of health plans, just as the publicity of all phases of the health planning process. During the planning and implementation process that actively involved members of the community, a social practice has emerged that encouraged new forms of community participation rather than the former paternalist approach.

**Keywords:** community; quality of life; health plan; autonomy; community planning

## A KÖZÖSSÉG FOGALMA AZ EGÉSZSÉGTERVEZÉSBEN

Egészség, életminőség és közösség – nemcsak összekapcsolható, de szorosan összetartozó fogalmak. Ahhoz, hogy mint egyének jó egészségben, életminőségben éljünk, szükségünk van a szűkebb-tágabb társadalmi környezetünk által nyújtott biztonságra, támogatásra vagy éppen kontrolljára. Megítélésünk szerint a közösségekben található meg az a közeg, amelyen keresztül az emberek hétköznapi élete, kultúrája (életminősége és egészsége) a saját léptékük szerint változtatható, fejleszthető.

A közösség kulcsfogalom a szociológiában, a pszichológiában, a szociálpszichológiában, definiálása sok szempontból lehetséges. A közösség úgy is felfogható, mint olyan társadalmi intézmények sokasága, amely jelentős szerepet játszik a közösségi/társadalmi identitás kialakításában, s biztosítja a materiális és nem materiális erőforrásokat a közösség tagjai számára. A „társadalmi intézmények” kifejezés magába foglalja a családot, a szomszédságot, az informális társadalmi hálózatokat, az önkéntes egyesületeket, a civil szervezeteket, az egyházakat stb. Ezek a struktúrák közvetítő (mediatori) szerepet játszanak a közösség és az egyén között, hiszen nemcsak tárházai a közösségi normáknak, értékeknek, hiedelmeknek, beállítódásoknak, de rendkívül jelentős hatása is van azokra, s ezen keresztül az egyéni viselkedésre (köztük az egészségmagatartásra).

Mi a közösség azon funkcióira utalunk most, amelyek az emberek életminősége, egészségi állapota szempontjából lényegesek, s úgy segíthetik az egészség fenntartását, hogy a közösség adottságaira, kultúrájára, valamint tagjainak motivációira építenek. Közösség és egyén szoros kötődésben élnek, ezért az egyéni értékek, beállítódások és aktivitások változtatása a közösség támogatása nélkül nehezen képzelhető el. A közösség ezen túl kapocs az egyén és a szélesebb társadalmi környezet között: erősítheti vagy gyengítheti a társadalom normáinak elfogadottságát, értelmezi azok tartalmát.

A közösségi részvételre alapozott egészségtervezés (a továbbiakban egészségterv) esetében közösségek alatt az emberek olyan összefüggő hálózatait értjük, amelyek a lakóhelyük (település, városrész, szomszédság), a napi tevékenységüket legnagyobb mértékben kitöltő elfoglaltságuk (oktatási intézmények), munkájuk (munkahelyük), valamilyen életkori (pl. idősök), demográfiai jellemzőik (pl. nők), esetleg közös problémáikra közös válaszokat kereső (pl. önszervező csoportok) stb. dimenziók mentén „szerveződnek”. A közösségek léte egyrészt adottság (például azokon a szintereken, ahol az emberek a mindennapi életüket élik), másrészt valamilyen érdekek, célok érdekében önkéntesen, vagy kívülről inspirálva szerveződnek. Általánosabb értelemben „a közösség értéktartalommal bíró fogalom, ez a minőség emberek közös szabadon meghatározott tartalmú cselekvése önmaguk boldogulása, érvényesítése, helyzetük javítása érdekében, mely a közjót is gyarapítja.”<sup>i</sup>

A magyar és a nemzetközi szakirodalomban az utóbbi három évtizedben számos írás jelent meg a közösség egészséget támogató szerepéről, és erre gyakorlati példákat is láthatunk.<sup>ii</sup>

## EGÉSZSÉGTERV, MINT KÖZÖSSÉGI PROBLÉMAKEZELÉSI MÓDSZER

Magyarországon az 1990-es évek második felében felértékelődött a közösségi és egyéni autonómia, új lendületet kapott a közösségfejlesztés, ezzel egy időben az egészségfejlesztési szakemberek – a hagyományos egészségnevelési funkciókon túl lépve – az ún. szintérprogramok (pl. város, munkahely, iskola) keretében sokkal komplexebb egészségfejlesztési kezdeményezéseket indítottak el. Ebben a dinamikus változó társadalmi környezetben dolgozta ki a Fact Intézet 1998-ban a közösségi tervezés eszközeit használó egészségtervezés modelljét, amelyet először települési egészségterv program, majd közösségalapú egészségtervezés néven ismert meg a pályázó települések sokasága és a közvélemény. A programalkotók – az Egészségügyi

<sup>i</sup> A közösségek fogalmáról, funkcióiról, működéséről lásd részletesebben: Varga, Vercseg 1998, Vercseg 2004.

<sup>ii</sup> Az amerikai és brit közösség- és egészségfejlesztési szakemberek élen járnak a két szakterület integrációjában. Míg Angliában főként állami finanszírozásból fejlesztik a területet a Public Health England intézményrendszerén keresztül, az Amerikai Egyesült Államokban filantróp szervezetek (legnagyobb támogatóként a Robert Wood Johnson Alapítvány) és magánintézmények (pl. bankok) is nagy részt vállalnak a közösségi egészségfejlesztésben.



Világszervezet (World Health Organization, WHO) „Egészséges Városok” (Healthy Cities) programjának a városi egészségterv (city health plan) készítésére vonatkozó módszerei által inspirálva, e módszereket egyes részleteiben adaptálva, illetve a közösségi tervezés számára értelmezhető kiegészítésekkel módosítva – a közösségeket helyezték az életminőség, ezen keresztül az egészségtervezés teljes folyamatának középpontjába.<sup>iii</sup>

A Fact Intézet munkatársai által megalkotott modell abból indult ki, hogy a társadalmi (közösségi) tényezők meghatározó szerepet játszanak az életminőség, ezen keresztül az egészség megőrzése esélyeinek alakításában, emellett azonban jelentős szerepet tulajdonított az egyéni választásoknak is. (Az egyéni viselkedés- és magatartásmódok változtatásának szándékát a közösség csoportdinamikai hatásai megerősíthetik, vagy korlátozhatják.) A modell lényege, illetve fontos célja az adott közösség tagjainak „képessé tétele” autonómiájának, kompetenciáinak növelésén keresztül arra, hogy életminőségét és ezen keresztül egészségi állapotának alakulását a saját fejlődésének megfelelő ütemben és mértékben javítsa.<sup>iv</sup>

A közösségi részvételre alapozott egészségterv koncepciójának kiindulásaként a program megalkotóiként a következő megfontolásokat vettük figyelembe:<sup>v</sup>

- a) Ha a népesség különböző csoportjainak kívánunk segíteni abban, hogy egészségesebbek legyenek, az egészséget csak relatív fogalomként értelmezhetjük. Abban lehetünk a közösségek, és e közösségeket alkotó egyének segítségére, hogy jobb egészségi állapotban éljenek, nem pedig abban, hogy az egészség egy specifikus (általában szakértők által meghatározott) szintjét éri el.
- b) Az előzőekből és az egészségfogalom holisztikus megközelítéséből következik, hogy az „egészség ügyét” nem az egészségügy ügyének tekintettük (nem kizárva azonban annak partneri szerepét

a folyamatban), a jobb egészség elérését az életminőség közösségi és egyéni aspektusainak javításán keresztül látjuk megvalósíthatónak. A közösségi részvételre alapozott egészségterv modelljének az egyik legfontosabb célja ezért az, hogy a közösségek és az egyének a jobb életminőségükért és egészségükért saját maguk is aktívan cselekedjenek.

- c) Reálisan számoltunk azzal, hogy a program nem hoz rövid távon mérhető egészségnyereséget, más hasznai azonban a közösségekben szinte azonnal megjelennek. A közösségalapú egészségterv folyamatokat indít el a helyi társadalomban.

A közösségi részvételre alapozott egészségtervek a közösség bevonásával megvalósuló, annak tényleges szükségleteire és kezdeményezőképességére, a rendelkezésre álló helyi (lelki, szellemi, társas és anyagi) erőforrások mozgósításával, elsősorban helyi szintű problémák megoldására alkalmazhatóak. A közösségi részvételre alapozott egészségterv statikusságra utaló nevével ellentétben ciklikusan ismétlődő folyamat, melynek általános (helyszínektől, színterektől független), értékválasztást is tükröző céljai a következők:

- az egészségterv közösségi részvételen alapuló elkészítése során alakuljon ki/erősödjék az adott közösség szervezetsége, autonómiája, fejlődjön a közösség egészének és tagjainak kompetenciája,<sup>vi</sup>
- e közösségek számára válják lehetővé a közösségalakító, közösséghez kapcsoló participációs technikák kialakítása, megtanulása, begyakorlása, illetve bevésődése,
- a közösség tagjai számára legfontosabb problémák közös erőfeszítéseken alapuló megoldása nyomán javuljon a közösség tagjainak életminősége, ezen keresztül szomatikus és mentális egészségi állapota,<sup>vii</sup>

<sup>iii</sup> A közösségi egészségtervezés módszerének alkalmazása szempontjából „köztes módszernek” tekinthető módszertan alkalmazásával készült Magyarországon először Pécs városának egészségterve (1994-95) a Fact Intézet kezdeményezésére és koordinációjával. Pécs város egészségterve számos elkötelezett szakértő közös munkájának eredményeként jött létre, de nem tekinthető klasszikus értelemben véve közösségi egészségtervezésnek.

<sup>iv</sup> A megközelítés elméleti háttérét Deci és Ryan ún. öndeterminációs elmélete adta.

<sup>v</sup> Az egészségterv koncepciójának és elkészítésének részletes leírását lásd: Füzési, Tistván 1997, 2001, 2004

<sup>vi</sup> A közösséghez tartozás (az integráltság foka) már önmagában kedvezően hat az egészségi állapotra: nem csupán a mentális egészségre, de közvetve (pl. pszichoszomatikus aspektus) és közvetlenül is.

<sup>vii</sup> Az élethelyzetek uralhatóságához, alakíthatóságához kapcsolódó (akár már nagyon minimális) választási lehetőségek megléte is bizonyított módon növeli az életben, illetve egészségben maradás esélyeit. Ez azt is jelenti, hogy a paternalizmus, az egyéni/közösségi cselekvési tér leszűkítése, vagy felszámolása az egészséget veszélyeztető kockázati tényező.



- a közösségi részvétel a folyamat minden fázisában tárja fel és a lehetséges mértékben használja a közösség erőforrásait, növelve ezáltal a programok megvalósításának esélyeit, csökkentve a függőséget a legkülönbébb elosztási központoktól,
- az egészségterv, mint folyamat e legfontosabb sajátosságai révén biztosítsa saját programjai fenntarthatóságát, de legalábbis növelje ennek valószínűségét,
- az egészségterv „egészségterv-jellegét” ebben a fogalmi környezetben az adja, hogy az elérni kívánt célok komplex értelemben az egészség megőrzését, javítását szolgálják (az egészség, mint cél a rendező elv).

Egy-egy egészségterv konkrét céljait és a célok megvalósításának módszereit időről időre a(z akció) tervet készítő közösség fogalmazza meg. E célok – értelemszerűen folyamatosan módosulnak.

A közösségi részvételre alapozott egészségterv – statikus értelemben véve – tehát egy adott, de közösségek alkotására még alkalmas méretű populáció életminőségét, ezen keresztül egészségi állapotát javító, folyamatosan módosuló komplex stratégiai terv, és e tervben foglalt célok elérését szolgáló cselekvési programok egymással szoros összefüggést mutató „hálózata”.

Az egészségterv fenti, közösségalapú megközelítésének hatásai:

- a) közösség-építés, melynek életminőség-javító, illetve egészség-alakító hatásai különösen a következők:
  - a közösség normaalkotó (pl. a közösségre jellemző szokásokon keresztül) funkcióinak tudatos kiaknázása,
  - a közösség kontrolláló, jutalmazó-büntető funkcióinak tudatos érvényesítése,
  - a közösségi részvétel, a participáció identitás-erősítő, ezen keresztül a célok elérése érdekében tett erőfeszítések irányába motiváló hatásainak érvényesülése,
  - a közösség, mint erőforrás tudatos tervezése, illetve alkalmazása,
  - a közösség támaszt, megerősítést, illetve védelmet biztosító hatásai,
  - a közösség tudás, illetve információ-közvetítő, interpretáló és szűrő hatásai.

- b) az egészségterv az érintettek problémáihoz, igényeihez, illetve lehetőségeihez leginkább illeszkedő „terv”, ezért megvalósulásának esélyei minden más megoldásnál kedvezőbbek,
- c) a közösség – folyamatosan újratermelődő, az életminőség javítását szolgáló célok kitűzéséhez, eléréséhez igénybe vehető erőforrás (a megoldásra váró problémák meghatározásában, a megoldások módozatainak kimunkálásában szellemi erőforrás, a problémák megoldása, vagy újabb problémák kialakulásának megakadályozása során pedig igénybe vehető aktivitás).

A közösségi részvételre alapozott egészségtervezés technológiájának kistérségi, majd később járási szintű alkalmazását az államigazgatás szervezeti érdekeinek érvényesítésén túl az a tartalmi szükséglet hívta életre, hogy bizonyos problémák megoldására egy-egy település/településrész vagy közösség önmagában nem képes, de ezek a problémák – általában a környező településekkel együttműködve – azonban esetleg megoldhatóak. A járási egészségtervek közösségi részvételre alapozott elkészítése, az abban foglaltaknak közösségi összefogással történő megvalósítása azonban már nem, vagy csak igen kevésbé látszik lehetségesnek. A járási egészségtervek elkészítésének és megvalósításának kulcsszereplői már döntő mértékben államigazgatási szervek, illetve intézmények.

A járási egészségterv a járást alkotó településekre és a járást jellemző társadalmi környezetre, illetve intézményrendszerére vonatkozóan fogalmaz meg célkitűzéseket, illetve e célok elérését szolgáló akcióterveket, melyek esetében a tapasztalatok szerint kitüntetett kedvezményezettek a járási székhelyek. Céljaik elérése érdekében a járási egészségtervek is számolhatnak az egyének, közösségeik, illetve a járás intézményrendszerének (a nem állami és civil szervezetek, a települési önkormányzatok, valamint más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, a gazdaság szereplői) aktív közreműködésével. A megvalósulás reális esélyeivel rendelkező, a „valós” problémákra adekvát választ adó járási egészségtervet nem lehet elkészíteni a kistérséget alkotó települések egészségterveinek hiányában. (Települési egészségtervek hiányában is készíthető „járási egészségtervnek” nevezett dokumentum – ez a dokumentum azonban nehezen tekinthető a fentiek értelmében vett egészségtervnek.)

## AZ EGÉSZSÉGTERV ELKÉSZÍTÉSÉNEK TECHNOLÓGIÁJA

A közösségalapú egészségtervek elkészítésének „technológiai hátterét” a projektmenedzsmentből ismert alapsémák adták. A koncepció kidolgozása során olyan szerkezetben gondolkodtunk, amelynek tartalommal való kitöltése adott esetben egy informális közösség számára is megoldható feladat. Az egészségterv elkészítésének támogatása érdekében a program során több módszertani útmutató is készült.<sup>viii</sup> Az írásos módszertani útmutatók mellett számos alkalommal felkészítő tréningekre is sor került. E képzések során a diszruptív tanítási-tanulási technikát helyzetük előtérbe, hogy az érintetteket – kizárva a paternalisztikus gondolkodási sémákból – valódi paradigmaváltásra ösztönözzük a saját közösségeikkel, az egészséggel és az életminőséggel kapcsolatos gondolkodás és cselekvés tekintetében.

- a) Az egészségterv elkészültét eredményező folyamat első fázisa az állapotleírás, a helyzet-elemzés elkészítése – amely az adott közösségben (pl. községben, településrészen stb.) élő emberek életfeltételeit, életminőségét befolyásoló fontos tényezők leírását tartalmazza. Az állapotleírás kitér az állapot kialakításában részes, illetve annak következményeit viselő szereplőkre vonatkozó információkra is. Ezen információk között különösen fontosak azok, amelyek az egészségterv megvalósításában érintett csoportok, közösségek cselekvésre sarkalló motivációira (azaz a programok megvalósításába való bevonásuk esélyeire) vonatkoznak.
- b) Az állapotleírás záró fejezete az ún. „erőforrástérkép”, illetve a „kompetencia-analízis”, melyek eredményeként megtörténik a cselekvési terv alapjául szolgáló kulcsproblémák kiválasztása.
- c) Az állapotleírásra, az abban foglalt megállapításokra alapozva készül el az ún. cselekvési terv. A cselekvési terv foglalja össze a különböző teendőkre vonatkozó konkrét programjavaslatokat (a megvalósítandó program leírását, az ehhez szükséges erőforrások számbavételét, a megvalósítás időbeli ütemezését stb.).

- d) Az egészségterv-készítés egész folyamatának, de különösen a cselekvési terv egyes programjai megvalósításának kulcseleme a nyilvánosság, amely lehetővé teszi a közösség tagjainak bevonását, motiválását, illetve a közösségi kontroll érvényesülését is.
- e) A cselekvési terv programjainak sikeres megvalósulása – mert ez a célja – módosítja az egészségképben jellemzett állapotot. Az életfeltételekben, életminőségben bekövetkező változásokat, és az ebből következő eredményeket, következményeket figyelemmel kell kísérni. Ezt a célt szolgálja az egészségterv monitoring fázisa, a programok megvalósulásának nyomon követése. Az elemzés eredményeire alapozva az állapotleíráson finomítani szükséges, melynek hatásait a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések módosításával érvényesíteni kell. Az egészségterv készítésének folyamata tehát ismét újraindul.

## A KÖZÖSSÉGALAPÚ EGÉSZSÉGTERVEZÉS MODELLJÉNEK MEGVALÓSULÁSA A GYAKORLATBAN

Három magánalapítvány és az Országos Egészségfejlesztési Intézet egymást követő pályázati programjainak keretében 1998 és 2009 között több mint 700 magyarországi település képviselői ismerkedtek meg az egészségterv elveivel, készítésével és megvalósításának legfontosabb lépéseivel.<sup>ix</sup> Csaknem 600, zömében községi jogállású településen készítették el a településüket jellemző, az ott élők életminőségét befolyásoló tényezők komplex leírását, tervezték meg rövid- és hosszú távú stratégiájukat, melyek megvalósítása érdekében konkrét cselekvési programokat is indítottak. Egy, az egészségterv program megvalósulásának eredményességét, illetve hatásait felmérő, 2001-ben végzett kutatás alapján a közösségalapú egészségterv programban minden, a támogató által adott forinthez a települések (önkéntes munkában, természetbeni juttatásként, konkrét pénzben, nem számítva a kreativitást, a kezdeményezőkézséget) másfélszer annyit tettek hozzá, és gyakran a támogatás

<sup>viii</sup> Lásd például: Községi egészségterv. Módszertani útmutató.

<sup>ix</sup> A Magyar Soros Alapítvány, az Egészséges Településekért Alapítvány és a Béres Alapítvány

befejezését követően is tovább szerveződtek a programok.<sup>x</sup> Fontos eredmény, hogy a program tapasztalatai (és az elkészített egészségkép, stratégia, cselekvési tervek) alapján további pályázatok, együttműködési tervek születtek, s amelyet a települési egészségterv által elősegített helyi autonómia és önbizalom növekedése tett lehetővé.

A hivatkozott kutatás megállapításai szerint a programban résztvevő települések képviselői az egészségtervek pozitívumaiként (nyitott kérdésre adott válaszaikban) a következőket sorolták fel: közösségformáló erő a településen élők között (33%), önállóság, tervszerű gondolkodás, növekvő autonómia (18%), a program komplexitása (12%), szemléletváltozás a településen élők életmódjában, környezet-tudatosságában (10%), átfogó kép megismerése a településről az egészségkép (a helyzetelemzés) révén (9%), civil szervezetek, intézmények közötti együttműködés javulása (9%), a kulcsemberek megtalálása, a közösségért végzett önkéntes munka felértékelődése, a helyi erőforrások felhasználása (6%), valamint anyagi forrás a településnek (3%).

### A KÖZÖSSÉGI RÉSZVÉTELRE ALAPOZOTT EGÉSZSÉGTERVEK KERETEI KÖZÖTT MEGVALÓSÍTOTT PROGRAMOKRÓL

Mivel a közösségalapú egészségtervezés legfontosabb alapelvei között az szerepel, hogy egy konkrét közösség problémáira reagáljon és az egészséget az életminőségen keresztül közelítse meg, így nem volt meglepő, hogy az egészségtervekben kidolgozott és a közösségi részvétellel megvalósított programok többsége nem a betegségek megelőzéséről, illetve azok következményeinek kezeléséről szólt. A szűrések, gondozások, tájékoztató előadások helyett (amelyek alapvetően az állami egészségügyi ellátás feladatai közé tartoznak), a települések azon közösségi színtereket kívánták létrehozni, fejleszteni, rendbe tenni, amelyek a közös cselekvések alapjául/keretétül szolgálhatnak. Így jöttek létre – a településeken élők munkája révén – játszóterek és sportpályák, konditermek és tankonyhák, faluke-

mencék, ifjúsági klubok, szépült a települési környezet (annak megtisztításával, virágosításával, padok, hulladékártatók, kerékpártárolók kihelyezésével), alakultak életmódklubok, hobbikörök és nem utolsósorban olyan civil szervezetek, amelyek tagjai e programokat fenntartják, tovább viszik. Az egészségtervet összeállító közösségek többsége nem kívánt egészségügyi felvilágosító előadásokon részt venni, de akár több napos sportprogramba is bekapcsolódott, falunapot szervezett, vagy éppen helyi ételekből összeállított, korszerű szakácskönyvet szerkesztett. Másként fogalmazva: e közösségek az egészséget – elméleti tudás nélkül is – a WHO definíciója alapján közelítették meg.

### A LEGFONTOSABB TAPASZTALATOK

A program kidolgozói az egészségterv legfontosabb jellemzőit – összevetve azt más, elsősorban felülről szervezett és kívülről támogatott programokkal – a következőkben látják:

1. Cselekvő részvételen alapuló, alulról építkező, és belülről (vagyis a program érintettjei, kedvezményezettjei által) is aktívan támogatott program.
2. Elsősorban életminőség-javító közösségi modell, melynek nem célja konkrét intézményrendszer kiépítése (pl. nem épül a program keretében új rendelő, közösségi ház, de lehet, hogy a régieket felújítják vagy új funkcióval bővítik).
3. Az autonóm közösségekben végzett értelmes cselekvés lehetőségének biztosításán, a saját és mások egészségéért érzett felelősségérzet kialakításán, a „szemléletformáláson” van a hangsúly.
4. Olyan helyi szükségletekre épülő, megvalósítható életmód- és egészségmodelleket kínál a közösség tagjai számára, amelyek helyi forrásokból és kompetenciákra építve valósíthatók meg.
5. Az eddigi tapasztalatok szerint a program a helyzetükön változtatni kívánó, jövőképpel rendelkező közösségekben/településeken működött a legjobban.
6. A közösségalapú települési egészségterv viszonylag kevés anyagi és jelentős helyi humán

<sup>x</sup> A települési egészségtervek megvalósulását 2001-ben a Fact Intézet hatástanulmánya vizsgálta. A válaszadók a számukra legfontosabbnak tartott pozitívumot emelhetették ki.

erőforrást igényel, melyben a személyes elkötelezettség mélyebb, mint a felülről indított és kívülről támogatott programokban (az érdekekre való építés itt nem elegendő).

7. Kevés és általában kevésbé kompetens a külső (a közösségen kívüli) és relatíve sok a belső (közösségen belüli) szakértő. Utóbbiak – szakképzettségtől, iskolai végzettségtől függetlenül – kompetensek a közösség problémáinak definiálásában, s ezek többségének megoldásában.
8. Mivel az egészségi állapot javítása az életminőség egyes dimenzióinak fejlesztésén keresztül valósul meg, az egészségügyi ellátás csak egy szereplő a sok közül.
9. A stratégiai tervekben már megfogalmazódik az egyenlőtlenségek csökkentésének, a közösség erejére, szolidaritására való támaszkodás igénye, de a megvalósítás kezdeti lépéseinél ez a tartalmi elem még nem hangsúlyos, a hátrányos helyzetűekre, a leszakadó társadalmi csoportokra még nem koncentrálnak; a szolidaritás erősödése spontán módon nem várható, ezért a segítség irányába ható motivációs hátteret biztosító módszereket kell kidolgozni a programban továbblépni kívánó közösségekkel.
10. A visszacsatolás a közösségen belül azonnali, gyors lehetőség van a korrekcióra, ezért is költséghatékonyabb (nem fecsérelni humán és pénzügyi erőforrásokat a működésképtelennek bizonyuló programokra).
11. A fenntarthatóság elsősorban a résztvevők szándékaitól és elkötelezettségétől függ, nem pedig

a külső finanszírozástól. Jelentősebb politikai és gazdasági lobbik nélkül is működik, azaz kevésbé kiszolgáltatott az aktuális politikai-gazdasági történéseknek.

12. Lényeges, hogy a programok aktorai és kedvezményezettjei azonosak (az egyének nem valakikért, hanem saját magukért tevékenykednek). A külső támogatások és a belső források többsége bizonyíthatóan a településen belül, a kedvezményezetteknek marad.
13. Olyan közösség jön létre, erősödhet meg, amely más problémák megoldására is képes, mivel ehhez már megfelelő tudással, fejlesztett képességekkel, begyakorolt készségekkel és nem utolsósorban autonómiával, önbizalommal, önbecsüléssel rendelkezik.

Összefoglalva a közösségi részvételre alapozott települési egészségterv program sikere abban ragadható meg, hogy olyan elméleti keretet és gyakorlati fogódzókat nyújtott a magyarországi közösségek/települések számára, melyekre támaszkodva e közösség tagjai autonóm döntéseket hozhattak, helyi szükségletekre alapozott, reális cselekvési programokat alkothattak, illetve valósíthattak meg. E megközelítés életképességét pedig az jelzi, hogy a program technológiáját – sajnos annak mögöttes, a közösségekre, a közösségi autonómiára vonatkozó értéktartalmai nélkül – átvette az egészségügyi kormányzat, és a helyi egészségpolitikai gyakorlat lehetséges tényezőjeként tartják számon.<sup>xi</sup>

## FELHASZNÁLT IRODALOM

<sup>1</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (elérve: 2019. április 10.)

<sup>2</sup> Budapesti Nyilatkozat. Az európai civil társadalom fejlesztése a közösségfejlesztés eszközeivel. (szerk. Craig G, Gorman M, Vercseg I) In: Parola, 2004; 24(1):3-4. [http://www.kka.hu/Kozossegi\\_Adattar/PAROLAAR.NSF/ac17badd073f25168525670c00816aef/08d19ea0035279ddc1256ec10031610a?OpenDocument](http://www.kka.hu/Kozossegi_Adattar/PAROLAAR.NSF/ac17badd073f25168525670c00816aef/08d19ea0035279ddc1256ec10031610a?OpenDocument) (elérve: 2019. április 20.)

<sup>3</sup> Dailly J, Barr A. Understanding a Community-led Approach to Health Improvement Meeting the Shared Challenge. Healthy Communities. 2008. <https://static1.squarespace.com/static/5943c23a440243c1fa28585f/t/5bfd61e021c67c2cdd6a326d/1543332329487/Understanding+a+community-led+approach+to+health+improvement.pdf> (elérve: 2019. 04. 10.)

<sup>xi</sup> 2015-ben az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) a 152/B. §-sal egészült ki: „A járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan – azon járásokban, ahol működik egészségfejlesztési iroda, az egészségfejlesztési irodák bevonásával – a járásszékhely város önkormányzata a területileg érintett települési önkormányzatokkal vagy azok társulásaival egészségtervet [a továbbiakban: járási (fővárosi, kerületi) egészségterv] dolgoz ki, illetve gondoskodik az abban foglalt megvalósításáról, amelynek során együttműködik a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalával, az alapellátást és a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel.”

- <sup>3</sup> Füzési Zs, Tistyán L. Az egészségterv koncepciója. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1997; 35 (5): 421-427.
- <sup>4</sup> Füzési Zs, Tistyán L. Tervezhető egészség? *Egészségügyi Menedzsment*, 2001; 2 (1): 19-22.
- <sup>5</sup> Füzési Zs, Tistyán L, Ivády V. A települési egészségterv készítése fejezet. In: *Települési életminőség Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Kar Közigazgatás-szervezési és Urbanisztikai Tanszék jegyzete*. Budapest, 2003.
- <sup>6</sup> Füzési Zs, Szőke K, Tistyán L, Péntek E. Települési egészségtervek. A falu. A vidékfejlesztők és környezetgazdálkodók folyóirata. 2001; 16(3):71-76.
- <sup>7</sup> Füzési Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. *Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek* (sorozatszerk. Kishegyi J, Makara P.) 2004. <http://mek.oszk.hu/08100/08109/08109.pdf> (elérve: 2019. 04.27.)
- <sup>8</sup> Füzési Zs, Lampek K. Az egészségi állapothoz való viszony változásai. In: *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (szerk. Kállai J, Varga J, Oláh É.) Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2007. pp.65-84.
- <sup>9</sup> Füzési Zs, Tistyán L, Szőke K. Egy társadalmi modell: közösségekre alapozott egészségtervek az életminőség javítására. In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (szerk. Kopp M.) Semmelweis Kiadó, Budapest 2008. pp.168-175.
- <sup>10</sup> Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenció munkacsoport, Pécs, 1998. [http://kka.hu/\\_soros/kiadvany.nsf/329cd37724344b06c12568a9006c35fd/5b39dfc694e354b4c1256bce004110b6?OpenDocument](http://kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/329cd37724344b06c12568a9006c35fd/5b39dfc694e354b4c1256bce004110b6?OpenDocument) (elérve: 2019. április 18.)
- <sup>11</sup> Lencsés G, Szőke K. Községi alapú egészségterv. Gyakorlati kézikönyv. Egészséges Településekért Alapítvány. Budapest, 2009.
- <sup>12</sup> Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 2000; 55(1): 68-78. [https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000\\_RyanDeci\\_SDT.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf) (elérve: 2019. április 27.)
- <sup>13</sup> A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. Full report. Public Health England. 2015. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/768979/A\\_guide\\_to\\_community-centred\\_approaches\\_for\\_health\\_and\\_wellbeing\\_full\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report.pdf) (elérve: 2019. április 27.)
- <sup>14</sup> Szőke K. Fenntartható települési egészségtervek. In: *Egészségfejlesztés 2010*; 11( 3):12-16.
- <sup>15</sup> Varga AT, Vercseg I. *Közösségfejlesztés*. Magyar Művelődési Intézet, Budapest. 1998.
- <sup>16</sup> Vercseg I. Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. *Egészségfejlesztési módszertani füzetek* (sorozatszerk: Kishegyi J, Makara P.) Budapest, Országos Egészségfejlesztési Intézet. 2004.

# A WHO Európai Egészséges Városok programja Magyarországon

## The WHO European Healthy Cities programme in Hungary

Szerzők: Nagy Zsuzsanna<sup>a</sup> ✉, De Blasio Antonio<sup>b</sup>  
*a: Egészséges Városért Alapítvány, Pécs,*  
*b: Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége, Pécs*

Beküldve: 2019. 05. 21.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.469

**Összefoglaló:** Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Európai Regionális Irodájának munkatársai 1987-ben indították el az Európai Egészséges Városok (European Healthy Cities) programot, melynek célja az egészségügyön kívüli szektorok, az önkormányzatok és a közösségek bevonása az egészségfejlesztésbe.

Magyarország a program elindulása óta aktív résztvevője a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatának (European Healthy Cities Network), 2014 óta Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége néven. A szövetségnek 20 tagvárosa van, melyből 4 város határon túli magyarlakta területen található. Projektvárosként 3 város vesz részt az európai programban: Győr, Pécs és Székesfehérvár.

A magyar nemzeti hálózat célja a Kárpát-medencére kiterjedő egészségfejlesztési együttműködés létrehozása és működtetése, mely a WHO Egészséges Városok programjának alapelvei és módszerei alkalmazásával hozzájárul a lakosság egészségének és jóllétének javításához.

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés; Egészséges Városok; egészséghatás-vizsgálat; egészségfejlesztési terv; Kárpát-medence

**Summary:** The European Healthy Cities programme was initiated by the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe in 1987 with the aim of involving sectors outside the health care system such as local government and communities in health development. Hungary has been an active member of the WHO European Healthy Cities Network since its beginning. The name of the Hungarian National Network of healthy cities is Hungarian Speaking Association of Healthy Cities. The Association has 20 member cities, of which 4 cities are Hungarian speaking cities from the Carpathian Basin. Among them, 3 cities participate in the European programme as project cities: Győr, Pécs and Székesfehérvár.

The goal of the Hungarian National Network is to create and operate a health development cooperation covering the Carpathian Basin which contributes to the improvement of the citizens' health and well-being with the application of the principles and methods of the WHO Healthy Cities programme.

**Keywords:** health development; Healthy Cities; health impact assessment; health development plan; Carpathian Basin

## BEVEZETÉS

Az Egészséges Városok program alap gondolatát a WHO Európai Regionális Irodájának munkatársai dolgozták ki az 1980-as években.<sup>1</sup> A program 1987-ben indult el néhány európai város részvételével, melynek célja az egészségügyön kívüli szektorok, az

önkormányzatok és a közösségek bevonása volt az egészségfejlesztésbe. A demonstrációs projektnek indult program néhány év alatt világméretű mozgalommá nőtt, és ma már nemcsak a WHO Európai Régiójában, de a világ minden részén található Egészséges Városok.



Az Egészséges Városok program elsődleges célja, hogy a városok döntéshozóinak napirendjén az egyik legfontosabb helyen szerepeltesse az egészség kérdését, elősegítse átfogó helyi stratégiák kidolgozását az egészség és a fenntartható fejlődés biztosítására, az aktuális európai egészségstratégiák célkitűzéseinek alapján. Ezt bővebben Az Egészséges Városok Hálózat munkamódszere alcím alatt fejtjük ki.

Az Egészséges Városok program megközelítésének fontos része az a felismerés, hogy az egészség nem egyenlő az egészségüggyel, az egészséget nem önmagában az egészségügy, az egészségügyi ellátórendszer determinálja, hanem széles körű társadalmi meghatározók befolyásolják, így az egészség fejlesztése sem lehet elsősorban az egészségügyi szektor feladata.<sup>2</sup>

### AZ EGÉSZSÉGES VÁROSOK PROGRAM ALAPELVEI

Az egészség összetett fogalom, számos tényező alakítja, mint például az életmód, a lakhatási feltételek, a munkalehetőségek, az elérhető szolgáltatások és támogatási rendszerek, a környezet, amelyben élünk. A fentiek alapján elmondható, hogy az egészség fejlesztése, a lakosság egészségének és jóllétének pozitív irányba elmozdítása, széles körű összefogást igényel a különböző kormányzati szintek és a különböző szektorok között is, mely csak tudatos tervezéssel érhető el. Ezt a különböző szintek összefogásával, szektorok együttműködésével létrejövő településpolitikai paradigmaváltást az Európai Egészséges Városok program hozta el.

A programban részt vevő tagvárosok elkötelezettséget vállalnak az Egészséges Városok program alapelvei iránt, melyeket figyelembe vesznek a helyi önkormányzatok döntéseik során:

- Esélyegyenlőség
- Közösségi részvétel biztosítása
- Széles körű, különböző szektorok közötti együttműködés
- Szolidaritás
- Fenntartható fejlődés

### PROJEKTVÁROSOK ÉS NEMZETI HÁLÓZATOK

A programban részt vevő városok két módon kapcsolódhatnak a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatához – projektvárosként és nemzeti hálózat tagjaként. A projektvárosok az ötévente – a megvalósulási ciklusokhoz kapcsolódóan – megújuló szempontrendszer alapján nyernek felvételt a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatába, és közvetlenül kapcsolódnak a WHO Európai Regionális Irodájához. Az Európai Egészséges Városok Hálózatának jelenleg 104 tagja van a WHO Európai Régiójában. Magyarországról Pécs a kezdetektől, Győr 1994-től, Székesfehérvár pedig 2017-től projektvárosként csatlakozott az Európai Egészséges Városok Hálózatához.

A nemzeti hálózatok alkotják az Egészséges Városok program gerincét. A WHO Európai Regionális Irodája akkreditációs rendszert működtet a nemzeti hálózatok számára, amely rendszerben a projektvárosokéhoz hasonló követelményeket kell teljesítenie a nemzeti hálózatoknak az akkreditációhoz. Jelenleg a WHO Európai Régiójának 28 országában működik nemzeti hálózat, melyek 1300 várost és települést fognak össze. A magyar nemzeti hálózat – az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége – akkreditált tagja az Egészséges Városok nemzeti hálózatait összefogó európai hálózatnak.<sup>3</sup>

### AZ EGÉSZSÉGES VÁROSOK HÁLÓZAT MUNKAMÓDSZERE

A WHO Európai Egészséges Városok Hálózata a kezdetektől fogva ötéves megvalósulási fázisokra, úgynevezett ciklusokra határozza meg tevékenysége prioritásait. Az Európai Egészséges Városok Hálózat – ugyanúgy, mint a magyar program – 2018-ban ünnepelte fennállásának 30 éves évfordulóját, és zárta VI. ötéves ciklusát. A WHO korábbi gyakorlatának megfelelően Európa-szerte kezdetét vette az Egészséges Városok VII. ötéves ciklusa (2019–2024).

Az egyes ciklusokban a tagvárosok meghatározott témák és prioritások mentén végzik tevékenységüket. A VII. ciklus célkitűzései és prioritásai igazodnak az alábbi stratégiai dokumentumokhoz:



- A WHO „13. Általános Munkaprogramja (2019–2023)” (WHO Thirteenth general programme of work),<sup>4</sup>
  - „Polgármesterek Koppenhágai Nyilatkozata: Egészségesebb és boldogabb városokat mindenkinek” (Copenhagen Consensus of Mayors: Healthier and happier cities for all),<sup>5</sup>  
„Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030” (2030 Agenda for Sustainable Development),<sup>6</sup>
  - „Egészség 2020 – Európai egészségstratégia” (Health 2020).<sup>7</sup>
- A VII. ciklus fő témái a „Polgármesterek Koppenhágai Nyilatkozata” alapján:
    - Lakosság: emberierőforrás-fejlesztés
    - Lakóhely: az egészséget és jóllétet támogató településfejlesztés
    - Részvétel: közösségi részvétel biztosítása, és széles körű együttműködések kialakítása az egészség és jóllét érdekében
    - Prosperitás: társadalmi környezet fejlesztése, alapszükségletekhez és szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása
    - Béke: béke és biztonság, befogadó társadalmak
    - Bolygó: környezetvédelem, fenntartható fejlődés

1. ábra: Az Egészséges Városok kereké



Forrás: magyar változat a Copenhagen Consensus of Mayors (2018) alapján<sup>5</sup>

## EGÉSZSÉGES VÁROSOK MAGYARORSZÁGON ÉS A KÁRPÁT-MEDENCÉBEN

Magyarország az Egészséges Városok program 1987-es elindulása óta aktív résztvevője az Egészséges Városok Európai Hálózatának. Hazánkban Pécs városa alapítóként csatlakozott az európai programhoz, és egyik fő feladata az Egészséges Városok magyar nemzeti hálózatának létrehozása volt. Az Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége 1992-ben alakult meg, 4 év hálózati együttműködést követően, 11 tagvárossal.

A szövetség 2014-ben módosította alapszabályát, hogy lehetővé váljon a határon túli magyar lakta települések csatlakozása is, azzal a céllal, hogy a határon túli együttműködések, a kulturális, sport, gazdasági együttműködések túl, kiterjedjenek az egészségfejlesztés területére is. A szövetség a nevét is megváltoztatta, hogy kifejezze új szerepét: Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége.

Az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének jelenleg 20 tagvárosa van, melyből 4 város,

határon túli magyar lakta területen található. [1. táblázat]

A szövetség célja, hogy további települések bekapcsolásával a Felvidékről, Kárpátaljáról és a Vajdaságból, az egész Kárpát-medencére kiterjedő egészségfejlesztési együttműködés jöjjön létre.

A szövetség és tagvárosainak főbb tevékenységi területei:

- Helyi, önkormányzati stratégiai dokumentumok készítése az egészség érdekében – egészségfejlesztési terv, stratégiai dokumentumok egészséghatás-vizsgálata
- Egészségfejlesztési programok különböző szinteken (iskola, munkahely, lakóhely) különböző társadalmi csoportok részére (nők, férfiak, gyermek- és ifjúsági korosztály, idősek)
- Egészségműveltség javítása – tájékoztatás, szemléletformálás
- Hálózatépítés, együttműködés az egészség elősegítése érdekében – konferenciák, szakmai fórumok szervezése

1. táblázat: Az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének tagvárosai

Baja	Lendva (Szlovénia)	Szigetszentmiklós
Békéscsaba	Nagykanizsa	Szolnok
Erdőszentgyörgy (Románia)	Pécs	Szombathely
Győr	Sopron	Szováta (Románia)
Gyula	Székelyudvarhely (Románia)	Zalakaros
Hódmezővásárhely	Székesfehérvár	Zalaszántó
Kaposvár	Szentendre	

Forrás: saját szerkesztés

## AZ EGÉSZSÉGES VÁROSOK PROGRAM KERETÉBEN KIDOLGOZOTT MÓDSZEREK

### Egészségfejlesztési terv

A mindennapi élet színtereinek fontos szerepe van az egészség alakításában – a települések, helyi önkormányzatok, az oktatási intézmények, munkahelyek döntései és az általuk befolyásolt társadalmi és fizikai környezet mind hatással vannak az egyének egészségére. Az egészséget az egyén

adottságai, életvitele mellett széles körű társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők befolyásolják, így az egészség fejlesztése is olyan komplex, tervszerű folyamat kell, hogy legyen, melyben megvalósul a különböző kormányzati szintek és az egyes szintek szektorainak együttműködése is.

Ennek az összetett, tervszerű folyamatnak az egyik eszköze az egészségfejlesztési terv (health development plan). Egészségfejlesztési terv készülhet egy településre vagy annak színtereire és intéz-

ményeire is (pl. munkahelyek, oktatási intézmények). Az egészségfejlesztési terv nem azonos az egészségügyi ellátórendszer átalakítására, működtetésére vonatkozó stratégiákkal. Az egészségfejlesztési terv módszere az egészség holisztikus megközelítését, az egészség társadalmi meghatározóinak szerepét veszi figyelembe.

Az egészségfejlesztési tervezés nemzetközileg is elismert és alkalmazott módszerét a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatban részt vevő tagvárosok hosszú évek alatt végzett tevékenységük és összegyűlt tapasztalataik alapján dolgozták ki a WHO szakértőivel közösen. Az Európai Egészséges Városok Hálózatban megalkotott keretrendszert az Egészséges Városok magyar nemzeti hálózatának szakemberei adaptálták a hazai viszonyokra, és a hálózat tagvárosai az egészségfejlesztési terv készítésének e módszerét alkalmazzák.<sup>8,9</sup>

Az Egészséges Városok módszerének legfőbb különbsége, illetve hozzáadott értéke az egyéb tervezési, egészségfejlesztési tervezési folyamatokhoz képest az, hogy az egészségügyi, szociológia, környezet-egészségügyi, életmódbeli adatok mellett felméri az önkormányzati környezetet is, mint a település társadalmi és épített környezetének fontos befolyásolóját, valamint felméri a város állapotát a WHO Európai Egészséges Városok indikátorainak alkalmazásával, amely később a változások nyomon követéséhez is használható.

Az önkormányzati környezet figyelembevételével elősegíthető, hogy az egészség kérdése megjelenjen az egyes szakpolitikákban. Ez az integrált szemlélet összhangban van a WHO releváns stratégiai dokumentumainak és az Európai Egészséges Városok Hálózatban alkalmazott „Egészség minden szakpolitikában” stratégia megközelítésének szakmai célkitűzéseivel is.<sup>5</sup>

Az önkormányzati környezet feltérképezése két részből áll:

- A város szakpolitikai dokumentumainak elemzéséből, mely során a dokumentumelemzés és az egészséghatás-vizsgálat módszerének segítségével a város aktuális, közép és hosszú távú stratégiai dokumentumainak vizsgálatával valósul meg, az Egészséges Városok program alapelveihez és az egészség társadalmi meghatározóihoz kapcsolódó, előre meghatározott

szempontok alapján – mind koncepcionális, mind cselekvési terv szinten.

- A helyi döntéshozókkal készült strukturált interjúkból, melyeknek az a célja, hogy megismerjük a helyi politikai döntéshozatal kulcsszereplőinek véleményét a lakosság egészségének megőrzését és fejlesztését célzó városi feladatokról, valamint hogy a döntéshozók az általuk képviselt szakterület intézkedésével miként tudnak hozzájárulni a lakosság egészségének és jóllétének fejlesztéséhez, és ezt támogató városi környezet kialakításához.

### Az egészséghatás-vizsgálat módszere

A települési önkormányzatok – szerepükből adódóan – speciális helyzetben vannak, hiszen döntéseik nagymértékben befolyásolják a lakosság egészségét és jóllétét. Fontos, hogy tudatában legyenek döntéseik egészségre gyakorolt hatásainak, és annak, hogyan befolyásolhatják pozitív irányba a lakosság egészségét, illetve hogyan csökkenthetik, minimalizálhatják az egészségre hátrányos tényezőket.

Az egészséghatás-vizsgálat (health impact assessment) olyan eljárások és módszerek kombinációja, melyekkel meghatározható egy törvény, program vagy projekt lehetséges hatása a lakosság egészségére.<sup>10</sup> Az egészséghatás-vizsgálat módszere a környezeti hatásvizsgálatok módszeréből ered, mely nem vagy nem megfelelően határozta meg az egészséget befolyásoló hatásokat, így szükségessé vált az egészségre gyakorolt hatások külön vizsgálata is.

Az egészséghatás-vizsgálat módszere nemcsak gazdasági, környezeti nagyberuházások esetében alkalmazható, hanem a törvényhozás és a döntéshozás szintjein is (pl. helyi önkormányzati stratégiai dokumentumok, helyi önkormányzati előterjesztések).

Az egészséghatás-vizsgálatok alkalmazásával:

- fejleszthető az egészséggel kapcsolatos tudatosság,
- a törvények, programok, projektek, előterjesztések egészségre gyakorolt káros hatásai minimalizálhatók, és az előnyök maximalizálhatók,

- megvalósulhat az egészség szempontjainak beépítése minden szakpolitikába.<sup>i</sup>

### EREDMÉNYEK

Az Egészséges Városok magyar nemzeti hálózata és tagvárosai tevékenységüket a WHO Európai Egészséges Városok Hálózata és a WHO egészségpolitikájának aktuális célkitűzései és prioritásai alapján végzik. A nemzetközi programban való részvétel lehetővé teszi a magyar hálózat és a tagvárosok részére a helyi egészségfejlesztési tevékenységeket elősegítő módszerek megismerését és nemzetközi együttműködésekben, pályázati projektekben való részvételt. Például:

- A United States Agency for International Development (USAID) és az American International Health Alliance (AIHA) támogatásával létrejött amerikai partnerprogram „Hálózatépítés és az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés országos/állami szintű lehetőségeinek közös továbbfejlesztésének terén” (a szövetség és a Healthy Communities of Pennsylvania szervezet között)
- Részvétel a WHO Európai Egészséges Városok program „Egészséges Időskor” Alhálózat munkájában (WHO Healthy Cities Healthy Ageing Sub Network) (Győr)<sup>11</sup>
- Shape Up Europe európai uniós pályázati projekt – Towards a European school network to impact the determinants of child obesity at the community level (Pécs)

A magyar nemzeti hálózat számos tagvárosa rendelkezik az Egészséges Városok módszere alapján elkészült egészségfejlesztési tervvel, valamint alkalmazza az egészséghatás-vizsgálat módszerét a helyi önkormányzat stratégiai dokumentumainak elemzésére.<sup>8</sup> Három tagváros – Győr, Pécs<sup>12</sup> és Székesfehérvár – esetében a helyi önkormányzat közgyűlési döntéssel kötelezte el magát a közép- és hosszú távú stratégiai dokumentumok ilyen irányú vizsgálata mellett, míg további tagvárosokban önkéntes, szakmai feladatvállalás formájában alkalmazzák az eljárást.

### ÖSSZEFOGLALÁS

Az Egészséges Városok Európai Hálózata és az Egészséges Városok magyar nemzeti hálózata 30 éve működik, jelenleg VII. munkafázisát, ciklusát kezdte meg (2019–2024). Legfőbb munkamódszerei a települési egészségfejlesztési terv és az egészséghatás-vizsgálat, melyeket az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége tagvárosai széles körben alkalmaznak. A szövetség kész megosztani tapasztalatait és módszereit minden érdeklődő várossal és szervezettel, valamint együttműködni más szervezetekkel, amelyek szintén az egészségfejlesztés érdekében végzik tevékenységüket.

### HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> WHO European Healthy Cities Network <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network> (elérve: 2019. 04. 14.)

<sup>2</sup> Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Second edition, WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2003 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf) (elérve: 2019.04.14.)

<sup>3</sup> Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége <http://www.egeszsegesvarosok.hu/index.php> (elérve: 2019. 04. 14.)

<sup>4</sup> WHO Thirteenth general programme of work, 2019–2023 <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019-2023> (elérve: 2019. 04. 14.)

---

<sup>i</sup> Bővebb információ az egészséghatás-vizsgálat módszerének alkalmazásáról és tapasztalatairól a helyi önkormányzatok munkájában a De Blasio Antonio, Girán János és Nagy Zsuzsanna által jegyzett „Potentials of health impact assessment as a local health policy supporting tool” című közleményben olvasható. doi: [10.1177/1757913910391039](https://doi.org/10.1177/1757913910391039)

- <sup>5</sup> Copenhagen Consensus of Mayors. Healthier and happier cities for all, 2018 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018> (elérve: 2019. 04. 14.)
- <sup>6</sup> Agenda 2030 fenntartható fejlődési keretrendszer <http://ensz.kormany.hu/a-2030-fenntarthato-fejlodesi-keretrendszer-agenda-2030-> (elérve: 2019. 04. 14.)
- <sup>7</sup> Health 2020 the European policy for health and well-being <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> (elérve: 2019. 04. 14.)
- <sup>8</sup> De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezet-tudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006; 3: (1) pp. 41-46.
- <sup>9</sup> Girán J, Östör A, Varga M. A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés 2018; 59: 3 pp. 7-16. doi: [10.24365/ef.v59i3.307](https://doi.org/10.24365/ef.v59i3.307)
- <sup>10</sup> Gothenburg Consensus Paper, WHO Regional Office for Europe & European Centre for Health Policy, Copenhagen, 1999
- <sup>11</sup> Idősek egészsége [http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/idsek\\_egeszsege.html](http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/idsek_egeszsege.html) (elérve: 2019. 04. 14.)
- <sup>12</sup> Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének 522/2011. (12.15.) számú határozata Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata stratégiai dokumentumainak egészséghatás-vizsgálatáról <https://gov.pecs.hu/sta-tic/tempPdf/330440/11hat522.pdf> (elérve: 2019. 04. 14.)

# Új utakon a hazai egészségtervezés

## Hungarian Community Health Planning on New Ways

Szerző: Túri Gergő ✉  
*Nemzeti Népegészségügyi Központ*

Beküldve: 2019. 05. 22.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.470

**Összefoglaló:** Adott közösség egészségét megfelelően tervezett és előkészített komplex népegészségügyi programokkal lehet hatékonyan fejleszteni. A járási egészségtervezés hat lépésből álló, ciklikus folyamat. A tervezés kezdő ciklusában szükséges kialakítani az egészségügyi és nem egészségügyi szervezetek képviselőiből álló járási Egészségtervezési Egyeztető Testületet (továbbiakban: Egyeztető Testület). Az első lépés a helyzetértékelés, mely során a tervezés feltételeinek és körülményeinek értékelése, valamint a primer és szekunder adatgyűjtés valósul meg. A második lépés a közösség problémáinak azonosítása, a probléma-beavatkozás párok értékelése és rangsorolása, valamint a helyzetkép elkészítése, amit az Egyeztető Testület véleményez. A harmadik lépés a lehetőségek mérlegelése és a beavatkozások kiválasztása. E lépést, valamint az Egyeztető Testület véleményezését követően kell elkészíteni a cselekvési tervet, a negyedik lépésben. Az ötödik lépés a cselekvési tervben megfogalmazott beavatkozások megvalósítása. A hatodik lépés a monitorozás, melynek eredményeit az első ciklus cselekvési tervének – az előre nem látható események miatti – esetleges módosításához, valamint a következő ciklus helyzetértékeléséhez szükséges felhasználni. A közösség tagjainak és képviselőinek bevonása a tervezés minden lépésénél kulcsfontosságú.  
**Kulcsszavak:** közösségi egészségtervezés; szükségletértékelés; priorizálás

**Summary:** Community health planning is a cyclic procedure which consists of six steps. At the beginning, as a part of the first cycle, a Community Health Managing Office (CHMO) and a Health Planning Community Board (representing all stakeholders in health and non-health sector) is established. In the first step of each cycle, the circumstances of planning is evaluated and the collection and analysis of primary and secondary data is performed by the CHMO. In the next step, health problems identified by the situation analysis are listed and ranked in the Community Health Report. After this stage, in the third step, the possible interventions confirmed to be effective are selected. Using these interventions the Action Plan is developed and is presented to the Health Planning Community Board. Based on the Board's opinion, the Action Plan is finalized and then implemented by the organizations and individuals of the community. Their activity is coordinated by the CHMO. The sixth step is the monitoring of the planning and the implementation. The findings of the monitoring can be used to modify the actions due to unpredictable events and to perform the situation analysis in the cycle. Community members and their representatives are necessary to be involved in each step of community health planning.

**Keywords:** community health planning; needs assessment; prioritisation



## BEVEZETÉS

### A módszertanfejlesztés háttere

Hazánkban közel három évtizede készülnek egészségtervek különböző célokkal és módszertanokkal. 2015-ben az Európai Unió támogatásával lehetőség nyílt arra, hogy a hazai és nemzetközi tapasztalatok értékelése alapján új, továbbfejlesztett egészségtervezési módszertani kézikönyv jöjjön létre. Jelen tanulmányban ismertetett járási egészségtervezés módszertana a TÁMOP 6.2.5-B-13/1-20014-0001 azonosító számú, „Szerkezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című kiemelt projekt keretén belül, a Populációs egészségtervezés munkacsoportban dolgozó népegészségügyi szakértők által kidolgozott és jóváhagyott dokumentum. A széleskörű együttműködésben írt, konszenzussal elfogadott módszertan fejlesztésébe a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem, az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a Budapesti Corvinus Egyetem népegészségügyi szakembereit, továbbá az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakértőit vonták be. A módszertant a projekt keretein belül 20 járásban tesztelték, járásonként egy-egy munkacsoport létrehozásával, valamint az egészségtervek készítéséért és koordinálásáért felelős szakemberek képzésével és módszertani támogatásával.

### A fejlesztés során elérni kívánt célok

A fejlesztés átfogó célja az volt, hogy a közösségek bevonásával és interszektorális együttműködéssel elkészített egészségtervek megvalósítása révén jelentősen javuljon a közösségek egészségi állapota, életminősége és munkavégző képessége. Célként fogalmazódott meg továbbá, hogy a járási egészségtervek beépüljenek a helyi tervezési és döntéshozatali folyamatokba, beleértve a gazdasági, oktatási, szociális, épített és természetes környezettel kapcsolatos döntéseket is. Mivel az interszektorális cselekvési program tervezésébe és megvalósításába a közösség tagjait vonják be, az egyéneknek és

közösségeknek lehetősége nyílik saját életminőségük és az egészségük javításában való részvételre. A módszertanfejlesztés mellett cél volt továbbá, hogy kiépüljön a járási egészségtervezést és annak megvalósítását támogató és koordináló – térségi központokból és országos módszertani központból álló – intézményrendszer. Fontos célkitűzés volt annak a szemléletnek a megerősítése a közösségi döntéshozók körében, hogy az egészségtervezésnek nem az egészségterv elkészítése a célja, hanem annak megvalósítása révén a közösség egészségének javítása.

### Módszertani alapelvek

A módszertant fejlesztő szakértői csoport első lépésben a fogalmi keretek tisztázását, konszenzuson alapuló definíciók meghatározását tűzte ki célul. A legélénkebb szakmai vita a közösség fogalmának értelmezése körül alakult ki, két eltérő – az alábbiakban részletezett – elméleti megközelítéssel. Az eltérő nézőpontok magyarázatot adhatnak arra, hogy az elmúlt évtizedekben miért alakultak hazánkban különböző, egészségtervezéssel kapcsolatos módszertani iskolák. A fogalmi rendszer véglegesítését követően a szakértői csoport megfogalmazta a módszertan elméleti hátterét képező, az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszermodelljét, valamint a beavatkozási célterületeket és a kiemelt tervezési szempontokat.

### A közösség fogalmának lehetséges megközelítései

#### I. Megközelítés

A közösség fogalmát a lokalitáson és a funkcionálitáson keresztül lehet értelmezni. A közösség a lokalitáson keresztül egyszerre jelenti az emberek együttműködését, összetartozását és helyhez kötöttségét.<sup>1</sup> A közösség továbbá olyan funkcionális társadalmi alakzat, amely tagjai számára közvetlenül elősegíti a szocializációt, a társadalmi részvételt, a társadalmi kontrollt, gazdasági boldogulást és a tagok közötti kölcsönös támogatást.<sup>2</sup> E megközelítés szerint a közösséget olyan emberek kis létszámú csoportja alkotja, akik jól körülhatárolható térben együtt léteznek, amihez kötődnek is, önszerveződésük, véleménynyilvánításuk által pedig közvetlenül



befolyással vannak saját életükre. A tervezés és megvalósítás folyamatában a közösség valamennyi tagja részt vesz – együttműködve különböző területek szakértőivel. E megközelítés szerint a közösségi egészségtervezés kistélepülési szinten alkalmazható leginkább.

## II. Megközelítés

A közösség fogalma különböző szempontokból igen változatosnak tekinthető. Hankiss Elemér a közösség két típusát (közvetlen és eszmei) különbözteti meg.<sup>3</sup> A közvetlen közösség tagjai egymást személyesen ismerik, és a tagok jól körülhatárolt fizikai térben léteznek együtt. Közvetlen közösségként említhető például egy munkahelyi vagy baráti társaság, egy lakóhelyhez kötött egyesület. Az eszmei közösség tagjait elsődlegesen a közös elvek, célok és értékek kötik össze, a közösséget összekovácsoló erő nem a közös térből és a személyes kapcsolatokból, hanem az összetartozás tudatából fakad.<sup>4</sup> Eszmei közösségként említhetők a különböző filozófiai, vallási, politikai mozgalmak közösségei, vagy a különböző foglalkozásokhoz, szabadidős tevékenységek köré szerveződő közösségek.

Vitányi Iván elméletében elsőfokú, másodfokú és harmadfokú közösséget különböztet meg.<sup>5</sup> Az elsőfokú közösség zárt, szűk körű és homogén rendszert alkot, amelyben az egyén identitása egyértelmű és kötött, nem rendelkezik autonómiával.<sup>4</sup> Az egyén minden cselekedetével a közösség értékeit képviseli és kapcsolódik hozzá, és a közösséggel egy egységnek tekinti magát. Elsőfokú közösségnek számít például a család. A másodfokú közösség olyan inhomogén rendszert alkot, amiben a résztvevők a személyiségük csak egy részével vesznek részt, és a személyiségek autonómiájával (vagyis azáltal, hogy az egyének pl. vallási, politikai meggyőződés alapján) választhatják meg azt, hogy mely közösséghez vagy közösségekhez tartoznak. A másodfokú közösség térbeli kiterjedése és tagjainak száma jelentősen magasabb lehet az elsőfokú közösséghez képest. A harmadfokú közösségre a hálózatiság jellemző, amiben az egyén teljes körű autonómiával rendelkezik, az egyének pedig közösnek tartott

értékek alapján tudatosan rendeződnek közösségekbe. A harmadfokú közösséget nevezhetjük hálózati, más néven virtuális közösségnek is. E megközelítés szerint közösségnek tekinthető egy néhány főből álló szomszédság, egy etnikai, kulturális, vallási csoport, egy város, járás, megye vagy ország lakossága is, hiszen számos körülmény, közös történet ezen emberek csoportját közösségbe „kényszeríti”. A „közösségi” jelző ilyenformán minden olyan tevékenység, ami a közösségre vonatkozik, nem pedig csak az, amit a közösség maga végez.

## III. Az előzőek alapján kialakított és a járási egészségtervezés során alkalmazandó megközelítés

A járási egészségtervezés során a közösség szűkebb lokalitáshoz kapcsolódó fogalmát ki kell terjeszteni a járások több tízezer, olykor százezer fős közigazgatási területére, ahol ténylegesen összetartozó (egymással folyamatosan interakcióban lévő) közösségről nem beszélhetünk. A közösségnek ez a szervezési szintje az egészségügyi szolgáltatókat, a helyi önkormányzatokat, a járásban működő szociális, oktatási, gazdasági és civil szereplőket is tartalmazza, amelyeket a járási egészségtervet készítőknél van be a közösség (azaz a lakosság) egészségének javítását célzó interszektorális programokba és fejlesztésekbe. Az egészségtervezés – a közösség fogalmához hasonlóan – járási szinten is értelmezhető a járásban élő emberek közösségtudata és a járásban működő közszolgáltatások, államigazgatási rendszer által egyaránt.

Mindezek alapján a munkacsoport az alábbiak szerint definiálta a járási egészségtervezést: a járási egészségterv az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek, valamint a külső hatások és a kapcsolódó ágazatok szolgáltatásainak figyelembevételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló, interszektorális cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében. A járási egészségterv része a helyi ellátórendszer kapacitásainak tervezése, fejlesztési szükségleteinek meghatározása, továbbá a népegészségügyi szolgáltatások tervezése.

Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje

1. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők



Forrás: TÁMOP 6.2.5-B projekt Járási Egészségtervezés Módszertani Kézikönyv

Az egészségi állapotot közvetlenül az egészségmagatartás, az életkörülmények és az egészségügyi szolgáltatások befolyásolják, míg az egészségi állapotra közvetve hatást gyakorol az állami és helyi kormányzat és gazdaság, valamint a kapcsolódó ágazatok is. Az egészségtervezés során ezért valamennyi tényezőt és azok hatásait is figyelembe kell venni.

**Beavatkozási célterületek**

A projekt prioritásainak figyelembevételével négy fő beavatkozási célterületet fogalmazott meg a szakértői munkacsoport: az egészséges választás és egészséges életkörülmények kialakításának támogatása; az egészséges életmódhoz szükséges

ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése; a legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek megelőzése, szövődményeik csökkentése; a közösség bevonása a tervezett beavatkozások megvalósításába.

**Kiemelt tervezési szempontok**

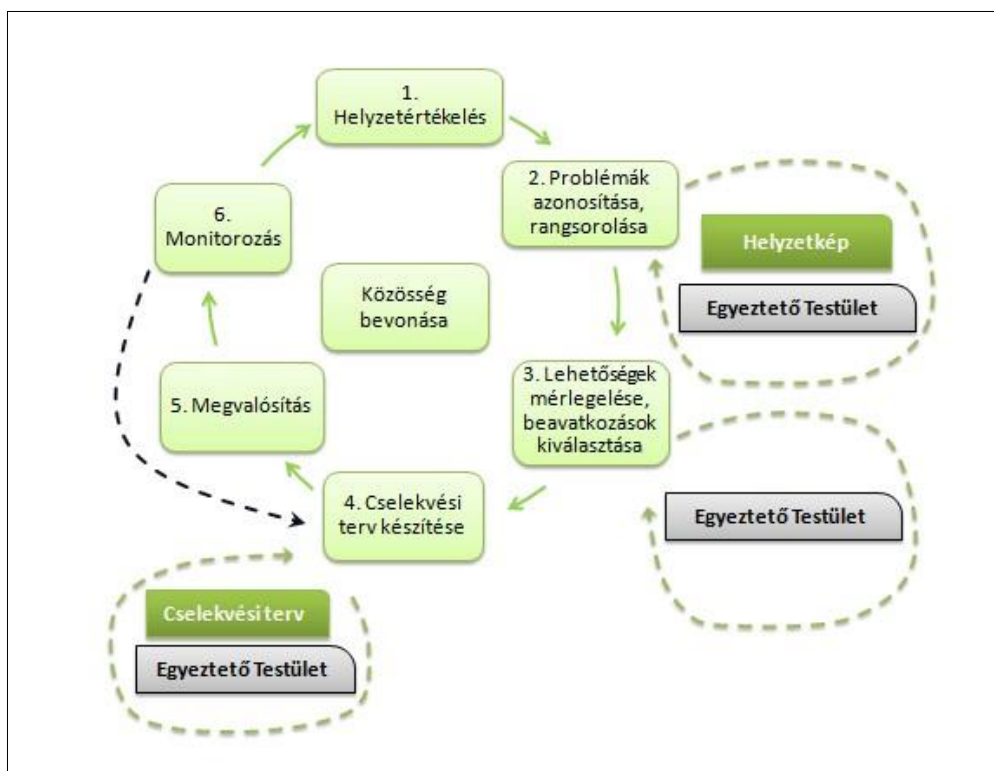
A szakértői munkacsoport négy kiemelt tervezési szempontot állapított meg, melyek figyelembevételét javasolja az egészségtervezés során: a népegészségügyi jelentőségű problémákra való reagálás, az egyenlőtlenségek mérséklése, a költséghatékonyság szem előtt tartása, és a hosszú távú szemlélet alkalmazása.

A Globális Betegségteher Vizsgálat 2010-es adatai alapján a potenciálisan legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő egészségmagatartási területek Magyarországon az egészséges táplálkozás, a dohányfüstmentes élet, a fizikailag és mentálisan aktív életmód, a szellemileg kiegyensúlyozott életmód, az alkohollal és kábítószerrel való visszaélés megelőzése, a szülői szerepre való felkészülés és szexuális egészség, valamint a sérülésektől, erőszaktól mentes élet.<sup>6</sup> A beavatkozások kiválasztása során fontos azon demográfiai csoportoknak a definiálása, amelyekre a programok irányulnak. A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, mint pl. a romák, hajléktalanok, az e körbe tartozó várandós anyák, szegények, fogyatékkal élők, sajátos nevelési igényű gyermekek szempontjait is figyelembe kell venni. Olyan beavatkozások megvalósítása javasolt, amelyekkel egységnyi egészségnyereséget (pl. megmentett élet, életminőséggel korrigált életév [QALY]) elfogadható többletköltséggel lehet előállítani. Rövid távon a veszteségeket kell csökkenteni, de hosszú távon is fenn kell tartani azokat az intézkedéseket, amelyek a jelentős veszteségektől (mint pl. a fertőző megbetegedések) óvnak.

### A járási egészségtervezés és megvalósításának lépései

A járási egészségtervezés hat lépésből álló, ciklikusan ismétlődő folyamat. A tervezés kezdő ciklusában kell kialakítani a tervezési munkacsoportot, amelynek szakértőit az országos központ előzetesen felkészíti az egészségterv készítésére és megvalósítására. A tervezési munkacsoportnak kell felállítani az egészségügyi és nem egészségügyi szervezetek képviselőiből álló járási Egészségtervezési Egyeztető Testületet. A járási egészségtervezés első lépése a helyzetértékelés, melynek során a tervezés feltételeinek, körülményeinek értékelése, az adatgyűjtés, valamint a járás egészségi állapotát befolyásoló tényezők feltérképezése és elemzése valósul meg. A második lépés a járás egészségproblémáinak azonosítása, és probléma-beavatkozás párok rangsorolása, valamint az első két lépés eredményeit összefoglaló helyzetkép elkészítése, amelyet az Egyeztető Testület véleményez.

2. ábra: A járási egészségtervezés és megvalósítás lépései



Forrás: TÁMOP 6.2.5-B projekt Járási Egészségtervezés Módszertani Kézikönyv

A harmadik lépés egyrészt a lehetőségek mérlegelése a rendelkezésre álló erőforrások feltérképezésével és a probléma-beavatkozás rangsor értékelésével, másrészt a beavatkozások kiválasztása az Egyeztető Testület bevonásával. Ezt követően, a negyedik lépésben kell elkészíteni a cselekvési tervet, amelyet az Egyeztető Testület ugyancsak véleményez. Az ötödik lépés a cselekvési tervben megfogalmazott beavatkozások koordinált megvalósítása. A hatodik lépés a monitorozás, amelynek eredményeit az adott ciklus cselekvési tervének – előre nem látható események miatti – esetleges módosításához, valamint a következő ciklus helyzetértékeléséhez lehet felhasználni. A tervezés minden lépésénél fontos bevonnani az Egyeztető Testület tagjait, és a járásban működő, egészségfejlesztésben érdekelt szervezetek képviselőit.

### 1. Helyzetértékelés

A helyzetértékelés megalapozását szolgáló első feladat a közösség életfeltételeit befolyásoló társadalmi, gazdasági és kulturális hatások értékelése. Ez az egészségtervet készítő tervezési munkacsoport erősségeinek és gyengeségeinek, valamint a közösség életét befolyásoló lehetőségek és kockázatok elemzésével valósulhat meg SWOT analízis készítésével. A helyzetértékelés következő lépése során a tervet készítő munkacsoport adatokat, információkat gyűjt és elemez a közösség egészségi állapotáról és az azt befolyásoló tényezőkről. Az adatgyűjtés célja egyrészt a szükségleteket azonosító, indikátoralapú, azaz indikátorok elemzése alapján (pl. halálozási adatok, DALY) meghatározott problémalista elkészítése. Az adatgyűjtés célja másrészt a közösség igényeit feltérképező, vélt problémák listájának összeállítása. Ezek a problémák a szekunder adatelemzés során nem feltétlenül tűnnek fel, vagy deríthetők ki, illetve lehetséges, hogy egyes társadalmi csoportokat súlyosabban érintenek. Az indikátoralapú problémalistához információk szerezhetők primer adatgyűjtés keretein belül, kérdőíves felméréssel, valamint a már meglévő adatbázisokra épülő szekunder adatgyűjtéssel. A vélt problémák listájának elkészítéséhez primer adatgyűjtés keretein belül, a közösséget képviselő stakeholderek, szakértők körében végzett személyes és fókuszcsoportos interjúk szolgáltathatnak információt.

Adatgyűjtés számos módon kivitelezhető, a lehetséges módszerek jelentősen különböznek költség-, valamint erőforrásigényben, illetve az adatgyűjtési és -elemzési módszertan összetettségében is.<sup>7</sup> A módszertan kiválasztásakor tehát fontos mérlegelni, hogy a kutatásba fektetett erőforrás várhatóan mennyi többletinformációt biztosít a vizsgált közösségről, így a jelentős erőforrást igénylő, ám nem elegendő vagy nem megbízható többletinformációt biztosító adatgyűjtés kevésbé preferálandó szűkös közösségi erőforrások esetén.

### 2. Problémák azonosítása és rangsorolása

A második lépésben a helyzetértékelés során azonosított problémák és a hozzájuk illesztett, lehetséges beavatkozások rangsorolása a feladat. A rangsorolás célja az, hogy a közösség tagjait legnagyobb mértékben érintő, legsúlyosabb egészségi problémák megoldását szolgáló, bizonyítottan hatásos beavatkozásokat azonosítsuk, így biztosítva a rendelkezésre álló közösségi erőforrások lehető legjobb felhasználását. A két problémalistából tehát egyetlen probléma-beavatkozás rangsort szükséges készíteni.

A probléma-beavatkozás rangsor elkészítése a Hanlon és munkatársa által az egészségi problémák prioritizálására kifejlesztett módszertan<sup>8</sup> alkalmazásával javasolt. (Fontos azonban megjegyezni, hogy a Hanlon-módszertannak is több alternatívája létezik, az alternatívák főként a problémák és beavatkozások súlyozásában mutatnak eltérést, lásd pl. a Neiger és munkatársai által fejlesztett metódust<sup>9</sup>). A prioritizálási módszertan négy lépésből áll: 1. a probléma-beavatkozás párok értékelése, 2. a beavatkozások szelektálása, 3. prioritási súlyok képzése, 4. rangsor képzése.

A probléma-beavatkozás párokat 0-10-ig terjedő skálán három szempont szerint értékeljük: a probléma mérete; a probléma súlyossága; és a beavatkozás hatásossága. A probléma méretének értékelését a helyzetképben ismert adatok felhasználásával végezzük, és a szemponthoz tartozó pontszám értékét az alapján adjuk meg, hogy az adott probléma a közösség hány százalékát érinti. A probléma súlyosságának értékelése a betegségek, valamint az egészségmagatartással kapcsolatos kockázati tényezők (pl. alkohol- és dohányfogyasztás) DALY értéke alapján történik.

A beavatkozás hatásosságára vonatkozó információk a publikált kutatási eredményekből és beszámolókból származhatnak. Amennyiben a probléma súlyosságára vagy a beavatkozás hatásosságára

vonatkozóan nem állnak rendelkezésre információk, akkor az szakértői becslés (Delphi módszer) segítségével értékelhető.

1. táblázat: A probléma-beavatkozás párok értékelése

Az értékelés pontszáma	A probléma mérete (A közösség hány százalékát érinti?)	A probléma súlyossága (Mekkora az egészségveszteség mértéke?)	Beavatkozások hatásossága
9-10	≥25% (pl. asztma, légszennyezettség)	nagyon súlyos (pl. HIV/AIDS, tartós munkanélküliség, elhízás)	80-100%-ban hatásos (pl. oltási program, helyettesítéssel működő praxisok betöltése)
7-8	10-24,9% (pl. helyettesítéssel működő praxisok miatt hiányos hozzáférés)	súlyos (pl. vegyi anyagokkal szennyezett folyóvíz)	60-79%-ban hatásos
5-6	1-9,9%	közepesen súlyos	40-59%-ban hatásos
3-4	0,1-0,9% (pl. közlekedési balesetek)	kis mértékben súlyos	20-39%-ban hatásos (pl. a légszennyezést okozó üzem korszerűsítése)
2	0,01-0,09%	minimális mértékben súlyos	5-19%-ban hatásos (pl. közlekedésbiztonsági program)
1	kevesebb mint 0,01% (pl. meningitisz)	egyáltalán nem súlyos (pl. akne)	kevesebb mint 5 %-ban hatásos (pl. szórólaposztás)

Forrás: TÁMOP 6.2.5-B projekt Járási Egészségtervezés Módszertani Kézikönyv

A beavatkozások szelektálásakor meg kell vizsgálni, hogy: az adott beavatkozás alkalmas-e az egészségi probléma kezelésére; gazdasági szempontból van-e hozadéka a beavatkozás megvalósításának; a közösség igényli és elfogadja-e a beavatkozást; rendelkezésre állnak-e a szükséges erőforrások; a hatályos törvények lehetőséget adnak-e a beavatkozás megvalósítására. Bármelyik válaszra adott nemleges válasz esetén a beavatkozást egészen addig törölni kell a lehetőségek közül, amíg az valamennyi kritériumnak meg nem felel.

A prioritási súlyokat az első lépésben képzett – probléma-beavatkozás párokhoz rendelt – pontszámokra építve az alábbi képlet alapján kell meghatározni:

$$D = (A + 2B) * C, \text{ ahol}$$

D = prioritási súly

A= egészségi probléma méretének pontszáma

B = egészségi probléma súlyosságának pontszáma

C = a beavatkozás hatásosságának pontszáma



A rangsor képzésekor a számított prioritási súlyokra alapozva rangsoroljuk az egyes probléma-beavatkozás párokat úgy, hogy a legmagasabb prioritási súllyal rendelkező pár kapja az 1-es rangot, a második legmagasabb súllyal rendelkező a 2-est, és így tovább.

### 3. Lehetőségek mérlegelése és a beavatkozások kiválasztása

Az előző lépésben kialakított probléma-beavatkozás rangsorhoz az egyeztető testület bevonásával fel kell mérni a rendelkezésre bocsátható erőforrásokat, valamint a beavatkozások megvalósításában való részvételi szándékot, cselekvési hajlandóságot. A lehetőségek mérlegelésekor célszerű megvizsgálni azt, hogy az adott beavatkozás támogatja-e az egyének és közösségek részvételét az egészséggel kapcsolatos döntésekben; fejleszti-e az egyének és közösségek képességeit, hogy minél több lehetőséget teremtsenek az egészséges élet választásához. Általános alapelvként megfogalmazható, hogy olyan beavatkozások kiválasztása javasolt, amelyek elősegítik a közösség nagyarányú bevonódását, biztosítják a célcsoport öngondoskodását, összhangban állnak a közösség által más szektorokban megfogalmazott célokkal és intervenciókkal. A beavatkozások kiválasztását befolyásolhatják továbbá a járási egészségterv, országos stratégiák és szakpolitikai dokumentumok céljai, a szomszédos közösségekkel való együttműködési lehetőségek, a programokkal kapcsolatban rendelkezésre álló bizonyítékok és információk, a közösségi szereplőktől származó visszajelzések.

### 4. Cselekvési terv elkészítése

A járási egészségtervezés első ciklusában kétféle cselekvési terv is készül: középtávú (5 éves időszakra vonatkozó), valamint ezt lebontva a járási egészségtervezés első ciklusára vonatkozó éves cselekvési terv. A középtávú cselekvési terv nem bocsátkozik részletekbe, hanem a fő beavatkozások szintjén határozza meg a megvalósítás időrendjét és erőforrásigényét. Az éves terv gördülő jelleggel készül nagy részletettséggel (először csak az első évre vonatkozóan), a beavatkozásokat már elemi tevékenységekre lebontva tartalmazza, beleértve az időütemezést és az erőforrásokat is.

A középtávú cselekvési terv minden beavatkozását egymást követő fő tevékenységekre lehet bontani, és a tervezési időszak 5 éve között lehet elosztani. Az egyes tevékenységek évenkénti meghatározásakor ügyelni kell arra, hogy olyan tevékenységek szerepeljenek egy adott évben, amelyek előfeltételei – a terv szerint – egy korábbi ciklusban megteremtődnek.

Az éves cselekvési tervnek többek között tartalmaznia kell az egyes tevékenységek megvalósításában résztvevők körét, a megvalósítás folyamatának egyes lépéseit, azok ütemtervét, a döntéshozatali pontokat, a forrásigényeket (humán, eszköz, szolgáltatás, munkálatok, jogosultságok – mint erőforrások és ezek költségét), a megvalósítás során fellépő esetleges kockázatokat és azok csökkentésére vonatkozó javaslatot, valamint a tevékenység monitorozásához szükséges indikátorokat és értékelési tervet.<sup>10</sup> Az éves cselekvési terv feladatainak tehát konkrétan, reálisnak, mérhetőnek és határidőhöz kötöttnek kell lennie. Javasolt a cselekvési terv elkészítése során felvenni a kapcsolatot az egyes beavatkozások tervezett megvalósítóival, a minél pontosabb terv elkészítése céljából.

### 5. Megvalósítás

A közösség bevonásának előfeltétele a közösség tagjainak, szervezeteinek, különböző csoportjainak informálása az egészségtervezés valamennyi lépése során. A közösség informálása az írott és elektronikus tömegkommunikáció, a közösségi média és a különböző, személyes részvételt lehetővé tevő rendezvényeken valósítható meg legkönnyebben. A közösségek bevonása a tájékoztatáson és információmegosztáson kívül további feladatok megvalósítását is igényli.<sup>11</sup> Ajánlott olyan adatbázis kialakítása, amelyből elérhető a közösségben működő, egészségfejlesztésben érdekelt szervezetek és szereplők. Fontos azonosítani a különböző szektorokhoz tartozó főbb állami, magán és civil szervezetek vezetőit, szakembereit, az adott közösségben véleményformáló kulcsszemélyeket, lehetséges együttműködő partnereket. A közösségek aktív bevonásához nélkülözhetetlen a rendszeres egyeztetések, találkozók és munkacsoportok szervezése, hírlevelek és tájékoztatók kiküldése.



A közösség bevonásának eredményessége növelhető az által, ha a tagok nemcsak információkat kapnak, de fejlesztik is az egyes tevékenységek megvalósításához szükséges képességeiket és tudásukat, továbbá olyan tevékenységekbe vonják be őket, amelyek elvégzésére nagy valószínűséggel képesek, emellett fejlődési lehetőségeket is rejtenek számukra. A megvalósítás során fontos az együttműködések kialakítása az egyes szereplők között, a szinergiák kihasználása, továbbá a megoldásközpontú beavatkozások előtérbe helyezése a problémaközpontú megközelítéssel szemben.

### 6. Monitorozás

A monitorozás célja annak nyomon követése és folyamatos értékelése, hogy a beavatkozások a cselekvési tervben foglaltaknak megfelelően valósultak-e meg, és elértük-e a kívánt eredményeket. A monitorozás tehát folyamatos visszajelzést nyújt a beavatkozások megvalósításának állapotáról. A monitorozási folyamat legfőbb elemei: a tervtől való eltérések azonosítása, az eltérések okának felderítése és megfogalmazása, valamint a javaslatok, korrekciós lépések és beavatkozások kijelölése. A monitorozás és értékelés folyamatához mindenképpen szükséges olyan terv kidolgozása, mely tartalmazza az értékelés céljának és kereteinek meghatározását; a folyamatba bevont szereplők feladatainak, felelőségeinek tisztázását; a megfelelő adatgyűjtési módszertant és a vizsgált indikátorokat, az eredmények bemutatásának formáit és a monitorozási folyamat költségeit.

A monitorozás rendkívül erőforrás-intenzív feladat, ezért fontos a konkrét célok és keretek egyértelmű meghatározása, illetve a felelősségi körök szabályozása, melyek egyébként a megfelelő elszámoltathatósághoz is nagymértékben hozzájárulnak. A folyamat kialakítása során mérlegelni kell, hogy mely tényezők azok, amelyek mérése szükséges ahhoz, hogy valóban értékelnünk lehessen az akciók megvalósulását. Ilyen alapvető tényezők között említhetjük a folyamatok hatékonyságát, az akciók eredményességét. A folyamatosan végzett monitoring az erőforrások felhasználását, az információk rendszerét, az érdekérvényesítést is értékelnünk tudja. Ezekon túlmenően az akciók és cselekvési tervek hosszabb távú, ciklikus monitorozására, a stratégia,

a célkitűzések, a prioritások visszacsatolására, valamint felülvizsgálatára is lehetőséget ad.

### MEGBESZÉLÉS

A járási egészségtervezés módszertana számottevő területen tartalmaz innovatív elemeket. A fejlesztő munkacsoport számos népegészségügyi fogalom széleskörű kompromisszumon alapuló definícióját alkotta meg, és azonosította a közösség fogalmának értelmezési lehetőségeit. A helyzetértékelési módszertan részletes és gyakorlatias útmutatókat, indikátorlistákat tartalmaz a primer és szekunder adatgyűjtések és adatelemzések megvalósításához. A közösségek vélt problémáinak feltérképezéséhez olyan félig strukturált interjúvázatok készültek, amelyek eredményesen alkalmazhatók az egészségügyi és kapcsolódó ágazatok, gazdasági és civil szervezetek képviselőivel, szakértőivel folytatott interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések során. A módszertan egyik legfontosabb innovációja a Hanlon és munkatársai által megalkotott prioritizálás-módszertan adaptálása, aminek alkalmazásával lehetőség nyílik a megfogalmazott probléma-beavatkozás párok tudományos szempontok szerinti értékelésére. A prioritizálás-módszertan alkalmazásával elősegíthető, hogy a közösségi erőforrásokat olyan beavatkozások megvalósítására fordítsuk, amelyek nagy valószínűséggel hatékonyan termelnek egészségnyereséget. A fejlesztő munkacsoport további fontos fejlesztésének tekinthető a hazai és nemzetközi szakirodalom alapján összeállított, bizonyítottan hatásos beavatkozások gyűjteménye, ami részletezettségéből fakadóan jelentős támogatást biztosít a népegészségügyi beavatkozások tervezésekor és megvalósításakor. A módszertan fontos újításai továbbá a közép- és rövid távú cselekvési tervek, valamint a monitorozási és értékelési tervek készítéséhez biztosított részletes szakmai segédletek, útmutatók és gyakorlati példák.

### ÖSSZEGRZÉS

A módszertan közel egy éves tesztidőszaka alapján több fontos tapasztalat fogalmazható meg. Az egészségtervezés sikere nagymértékben múlt

a tervezés vezetőjének helyi társadalomba való beágyazottságától, kapcsolati tőkétől. Ezért érdemes nagy hangsúlyt fektetni az egészségtervezés folyamatát irányító, koordináló szakértők ismereteinek és készségeinek fejlesztésére a közösségi szereplők bevonásához, aktivizálásához, továbbá az egyeztető testületek megalakításához és működtetéséhez. A tervezés és megvalósítás során egyaránt nélkülözhetetlenek a jó szervezési, koordinációs és menedzsment készségek. A tesztidőszak fontos tanulsága volt továbbá, hogy nem célszerű az epidemiológiai adatok elemzését és értékelését a helyi szinten dolgozó szereplőkre bízni, mert az eltérő tanulmányi és munkatapasztalatok olykor heterogén színvonalú elemzéseket és azokból tévesen levont következtéseket eredményeztek. A monitorozáshoz szükséges erőforrások allokálásakor továbbá célszerű szem előtt tartani, hogy a halálzási és megbetegedési adatok helyett érdeme- sebb a lakosság egészségmagatartására és

az egészségkockázatot jelentő társas és mesterséges környezeti tényezőkre fókuszálni. Mivel az egészségi állapotot számos, egymással is kölcsönhatásban lévő tényező komplex rendszere befolyásolja, ezért elmondható, hogy csak a komplex beavatkozások lehetnek sikeresek. A módszertanban alkalmazott megközelítés lehetővé teszi a komplex népegészségügyi beavatkozások tervezését és megvalósítását. A tesztidőszakot követően a módszertani kézikönyvet elektronikus formában eljuttatták valamennyi járási önkormányzati hivatalnak, amelyek egy 2015. évi jogszabályváltozás értelmében a járási egészségtervek készítéséért felelősek, bevonva számos járási szervezetet és szereplőt.<sup>12</sup> A jelen közleményben ismertetett módszertan alapját képezi az egészségfejlesztési hálózat továbbfejlesztését célzó, az Európai Unió támogatásával megvalósuló népegészségügyi projektnek is.

## HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> Vercseg I. Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan5.pdf>

<sup>2</sup> Warren R L. Towards a Reformulation of Community Theory In Human Organisation, vol XV. 1957.

<sup>3</sup> Hankiss E. A közösségek válsága és hiánya. In: *Diagnózisok*. Budapest. Magvető Kiadó. 1983

<sup>4</sup> T. Kiss Tamás. Felfogások és irányzatok a hazai közösségkutatásban In: T. Kiss Tamás: *Civilizációk – kultúrák – közösségek*. Szegedi Egyetemi Kiadó, 2009

<sup>5</sup> Vitányi I. Új társadalom – új szemlélet. Budapest. Napvilág Kiadó – Tánácsics Mihály Alapítvány 2007

<sup>6</sup> Global Burden of Diseases Study; <http://www.healthdata.org/gbd> Magyarországra vonatkozó 2010-es adatok

<sup>7</sup> Barnett K. Best practices for community health needs assessment and implementation strategy development: a review of scientific methods, current practices, and future potential; The Centers for Disease Control and Prevention, 2011

<sup>8</sup> Hanlon J J, Pickett G. E. Public health administration and practice. 1984, St. Louis, MO: Time Mirror/Mosby

<sup>9</sup> Brad L. Neiger, Thackeray R, Fagen M C. Basic Priority Model 2.0: Current Applications for Priority Setting In Health Promotion. *Health Promotion Practice*, 2011. 12: 166

<sup>10</sup> Huber T. Projekttervezés és projektmenedzsment. ELTE Társadalomtudomány Kar, Budapest. 2011.

<sup>11</sup> Füzési Zs, Tistyán L. Egészségterv – a módszer magyarországi kidolgozóinak szemével. In: Lencsés G, Szőke K (editor). *Közösségi alapú egészségterv: gyakorlati kézikönyv – Bp.: Egészséges Településekért Alapítvány, 2009. pp. 21-24.*

<sup>12</sup> 2015. évi CCXXIV. törvény az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról, <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500224.TV>

# Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Székesfehérváron

Experiences of health promotion planning  
in the City of Székesfehérvár, Hungary

Szerző: Varga Márta<sup>a</sup> ✉, Östör Annamária<sup>b</sup>  
*a: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Humán Szolgáltató Intézet,*  
*b: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata*

Beküldve: 2019. 05. 29.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.475

**Összefoglaló:** Székesfehérváron a közösségi egészségfejlesztés ügye iránti elköteleződés immáron három évtizede tart. A város első egészségfejlesztési terve 2011–2015 között került megvalósításra. A terv koncepcionális alapját az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) „Egészséges Városok” (Healthy Cities) program által elfogadott „Egészséget mindenkinek a 21. századra” (Health for All in the 21<sup>st</sup> Century) stratégia alapelvei jelentették. A tervezés módszereként a színtér-megközelítés és az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége által ajánlott módszer került alkalmazásra. Az eredmények közül kiemelhető a Multiszektorális Irányítóbizottság megalakulása és folyamatos működése, amely a városi egészségvédelmi tevékenység szakmai, közösségi és politikai háttértámogatását biztosítja, valamint évi 19 egészségvédelmi program megszervezését. A programok és rendezvények hatásra – számos egyéb eredmény mellett – a felnőtt lakosság körében megháromszorozódott a heti rendszerességgel sportolók aránya, és az egészségtudatosság is mérhetően növekedett. Az eredmények számbavételét segítette a 2016 első felében végzett hatásvizsgálat. Ezen eredményekre is alapozva kezdődött meg a következő öt évre érvényes terv kidolgozása, amely az előkészítő munkák lezárultával 2018 végén elfogadásra került. Így Székesfehérvár a 2019–2024 közötti időszakra is rendelkezik egészségfejlesztési tervvel, amely dokumentum a helyi egészségfejlesztési tevékenység folyamatosságát biztosítja.

**Kulcsszavak:** közösségi egészségfejlesztési, városi egészségfejlesztési tervezés; WHO Egészséges Városok program; multiszektorális együttműködés; egészségfejlesztési kezdeményezések helyi politikai támogatása

**Summary:** The commitment to community-based health promotion has been taking place in the city of Székesfehérvár for three decades. The first health development plan of the city was implemented between 2011 and 2015. The conceptual basis for the plan was the principles of the Health for All in the 21st Century strategic document adopted by the WHO Healthy Cities Movement. As a method of planning, the setting-based approach and the planning method of the Hungarian Speaking Association of Healthy Cities was applied. The most considerable results are the establishment and continuous operation of the Multisectoral Steering Committee, which provides professional, community and political basis for local health promotion activities. Moreover, 19 health promotion programs are organized yearly. As a result of planned activities, besides many others, the proportion of those adults who do physical exercise weekly has tripled and health awareness has also increased. The results were assessed by an impact assessment carried out in the first half of 2016. Based

on these results, the development of a plan for the next five years has been completed. So, Székesfehérvár has a health promotion plan for the period from 2019 to 2024, which provides continuity of local health promotion activities.

**Keywords:** community-based health development; city health development planning; WHO Healthy Cities movement; multisectoral collaboration; political support at local level for health promotion

## BEVEZETÉS

Székesfehérvár immár három évtizede elkötelezett a közösségi egészségfejlesztés ügye mellett. A város alapító tagja volt az 1988-ban létrejött Egészséges Városok Magyarországi Szövetségének. Székesfehérvár azóta is tagja a nemrégiben nevet változtatott szakmai hálózatnak, amely jelenleg az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségéként működik. A hazai szervezeti tagság mellett a sikeres helyi szakmai munka elismeréseként a város 2017-ben a WHO Európai Egészséges Városok Projektvárosi Hálózatába (European Network of Designated Healthy Cities) is felvételt nyert. A projektvárosi státusz eléréséhez a 2011–2015 közötti időszakban a városi egészségfejlesztési terv megvalósítása során elért eredmények is jelentősen hozzájárultak. Az eredmények számbavételét a 2016 első felében végzett hatásvizsgálat segítette. Ezekre az eredményekre is alapozva kezdődött meg a következő öt évre érvényes terv kidolgozása, ami az előkészítő munkák lezárultával 2018 végén elfogadásra került. Így Székesfehérvár a 2019–2024 közötti időszakra is rendelkezik egészségfejlesztési tervvel, amely dokumentum a helyi egészségfejlesztési tevékenység folyamatosságát biztosítja. Esettanulmányunkban az első egészségfejlesztési terv megvalósításának tapasztalatait és utólagos hatásvizsgálatának eredményeit osztjuk meg az olvasókkal.

## SZÉKESFEHÉRVÁR 2011–2015 KÖZÖTT ÉRVÉNYES VÁROSI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVÉNEK KONCEPCIONÁLIS ALAPJAI, CÉLJAI ÉS CSELEKVÉSI PRIORITÁSAI

A 2011–2015 között érvényes székesfehérvári egészségfejlesztési terv megvalósítását a helyi képviselőtestület közgyűlése 2011 januárjában hagyta jóvá. A terv koncepcionális alapját a WHO „Egészséges Városok” program által elfogadott „Egészséget mindenkinek a 21. századra”<sup>1</sup> stratégia alapelvei jelentették, melyek a következők:

- az egészségkockázatok kezelésére irányuló tevékenységek során megkülönböztetett figyelem forduljon a fizikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és nemek közötti eltérésekből adódó sajátosságokra, a multiszektoralitás<sup>1</sup> elvének hangsúlyozására, az egészségi állapotról képet adó felmérések eredményeinek felhasználására;
- az egészségre gyakorolt hatások által vezérelt programok és beruházások jelenjenek meg az egészségfejlesztési tevékenység és a kórházi ellátás területén;
- integrált család-, és közösségorientált egészségügyi ellátórendszer működtetése, rugalmas és felelősségteljes kórházi háttér biztosítása valósuljon meg;
- az egészségfejlesztési célok megvalósítása során az olyan, részvételen alapuló egészségfejlesztési folyamat kell, hogy prioritást kapjon, amelyben partnerként jelennek meg a családok, iskolák, munkahelyek, valamint a helyi közösség képviselői, továbbá amely támogatja a döntéshozatali és megvalósítási folyamatokat, ezzel is erősítve a közös célokért való felelősségvállalást.

<sup>1</sup> A multiszektoralitás elve szerint az egészségvédelem érdekében több olyan szektor vagy szakmai terület is együttműködik, amelyeknek az egészségvédelem egyébként nem tartozik a feladatvállalásai közé.

Az egészségfejlesztési terv átfogó célja az, hogy elősegítse a Székesfehérvár városában élő és dolgozó emberek fizikai, mentális, szociális, valamint környezeti jóllétének kiteljesedését és támogassa, hogy az egészségfejlesztési feladatok beépüljenek a városi közpolitikába, és meghatározó módon legyenek jelen a mindennapokban. Az átfogó cél elérése érdekében prioritásokat határoztunk meg, amelyek egyben a projektek, akciók és programok cselekvési területeit is kijelölték:

- multiszektoriális együttműködés kialakítása a helyi döntésekben potenciálisan érintett kulcsszereplők között;
- egészségegyenlőtlenségek csökkentésének elősegítése a helyi közösség tagjai között;
- helyi közösségi részvétel erősítése az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységek területein;
- egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot elérése érdekében;
- az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása;
- környezet-egészségi kockázatok csökkentése.

Az egészségfejlesztési terv kidolgozásakor figyelembe vettük az önkormányzati törvény azon rendelkezését is, amely előírja, hogy „az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése” a települési önkormányzatok kötelezően ellátandó feladata.<sup>2</sup>

### A TERVEZÉSI FELADAT ÉS JELLEMZŐI

A tervezést előkészítő munkák 2010-ben indultak. Az egészségfejlesztési terv kidolgozásához módszerként a szintér-megközelítést és az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége szakértői által kidolgozott és ajánlott módszert alkalmaztuk.<sup>3</sup> Ennek megfelelően először városi egészségkép készült, amely átfogó helyzetértékelést adott a városban élők egészségi állapotát befolyásoló tényezőkkel kapcsolatban. Az egészségkép négy részből állt: lakossági véleménykutatás reprezentatív városi minta alkalmazásával, a város stratégiai szakpolitikai dokumentumainak elemzése, politikai döntéshozókkal felvett strukturált interjúk készítése és az „Egészséges Városok” program 32 indikátora alkalmazásával elvégzett helyzetértékelés. Az eredmények összegzéseként született meg a városi

egészségkép. Az ebben feltárt problémákra és változtatási szükségletekre alapozottan került kidolgozásra a városi egészségfejlesztési terv. Az egészségfejlesztési terv fő cselekvési területeit az előző bekezdés tartalmazza. A tervezési munkák további részleteit a hivatkozott közleményben adtuk közre.<sup>4</sup> Az elemzésekhez szükséges adatokat célzott adatkéréssel a Központi Statisztikai Hivaltól, az Országos Területfejlesztési és Információs Rendszer nyilvános online adatbázisaiból, a szakhatóságoktól és a polgármesteri hivaltól, valamint az önkormányzati ellátórendszer intézményeitől szereztük be. Fontos adatforrásként említhetjük még a lakossági véleményfelmérés és a vezetői interjúk eredményeit.

Az egészségfejlesztési terv megvalósításának utolsó feladatát a 2016 első félévében megvalósult hatásvizsgálat elvégzése jelentette. Ennek keretében ismételtén lezajlottak mindazon vizsgálatok és adatgyűjtések, amelyek az előkészítési munkaszakaszban is megtörténtek. A hatásvizsgálat során a lakossági kérdőív kiegészült olyan kérdésekkel is, amelyek az elvégzett intézkedésekkel való vélemények megismerését és az elégedettség mérését szolgálták. A kiinduló helyzet és az eredményhelyzet adatainak összevetése lehetőséget teremtett egyrészt az elvégzett munka értékelésére, másrészt a megállapítások következő időszakra érvényes új egészségfejlesztési terv kidolgozásához is hozzájárultak.

Az egészségfejlesztési terv megvalósításának időkeretét öt évben határoztuk meg. A különböző intézkedések és programok megvalósításához szükséges forrásfedezetet egyrészt a város költségvetésében szereplő előirányzat, másrészt az egyes választási körzetekben mandátumot szerzett képviselők egyéni képviselői pénzügyi kerete biztosította.

A programtervezés során a városrészek közötti decentralizált megközelítést alkalmaztuk. Ez a megoldás az egészségfejlesztési terv megvalósításának politikai támogatottságát is erősítette. A decentralizált programszervezés során a városi lakosság egészét célzó rendezvények mellett, az egyes városrészekben is rendszeresen egészségnap, szűrőnap és egyéb egészségfejlesztési rendezvények kerültek megszervezésre. Ezek a programok a helyi képviselők támogatásával szerveződtek és lehetővé tették, hogy minél több ember vehessen

rajtuk részt, mivel egy-egy városrész lakói számára a helyszínek megközelítése egyszerűbbé vált.

Az egészségfejlesztési tervezéshez kapcsolódó szakmai munkák és a megvalósítási tevékenységek Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Humán Szolgáltató Intézet munkatársainak irányításával történtek.

### EREDMÉNYEK

Az egészségfejlesztési terv megvalósítása jelentős hatással volt a városlakók életére és a település működésére. Ezek teljes körű bemutatását esettanulmányunk terjedelmi korlátai nem teszik lehetővé, így az eredményeket néhány jellemző példával kívánjuk szemléltetni. A lakossági hatásvizsgálat záró tanulmánya a város weboldalán teljes terjedelmében elérhető.<sup>5</sup>

Az ötéves programidőszakban végzett munka elismeréseként értékelhető az, hogy a véleményvizsgálat alapján a város felnőtt lakosságának 60,9%-a vélte úgy, hogy az önkormányzat ebben az időszakban a városi egészségvédelem feladataira nagyobb figyelmet fordított, mint azt megelőzően. A helyi kulcsszereplőkkel való együttműködés kialakítása során legfontosabb eredmény, hogy több mint 20, a városban működő szakmai és civil szervezet képviselőinek részvételével létrejött és folyamatosan működik a Multiszektorális Irányítóbizottság. A testület elnöke a város mindenkori polgármestere. A város politikai vezetését a testület operatív munkájában a humán alpolgármester és az egészség- és sportügyekért felelős tanácsnok képviseli. A tagságot a helyi egészségügyi alapellátás szakemberei, a tisztiorvosi szolgálat, a civil szervezetek, a városüzemeltetésért felelős cégek, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, a városban működő oktatási intézmények, és a rendőrség képviselői jelentik. Azért, hogy az egészségfejlesztési terv intézkedései megvalósuljanak, a Humán Szolgáltató Intézet munkatársainak létszáma egészségfejlesztő szakemberrel bővült. A városban élők egyéni egészségi állapotukkal kapcsolatos szubjektív megítélése is jelentősen változott: a „Véleménye szerint mennyire él Ön egészségesen?” kérdésre a helyzetfelmérés idején a lakosság 5,6%-a válaszolta azt, hogy „teljes mértékben egészségesen élek”. A hatásvizsgálat idő-

szakában ez az arány 11,9%-ra növekedett. A város lakossága a „dohányzás veszélyei”, a „túlzott mértékű alkoholfogyasztás veszélyei”, az „elhízás veszélyei”, a „magas vérnyomás veszélyei”, az „egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretek”, a „cukorbetegség veszélyei”, a „drogfogyasztás és más szenvedélybetegségek jellemzői” témák mindegyikével kapcsolatban tájékozottabbnak érezte magát a programidőszak végén, mint az megelőzően.

A programidőszak intézkedései a fizikai aktivitás területén is jelentős változás hoztak: az ötödik év végére a városban élő felnőttek között a hetente többször is rendszeresen sportolók aránya háromszorosára növekedett. Ezt az eredményt a szükséges infrastrukturális háttér biztosítása is támogatta: a „Nyitott tornatermek” programban elérhető szabadidősportra alkalmas helyek száma 18-ra bővült, továbbá minden városrészt érintve 23 helyszínen új, szabadtéri fitnesspark is kialakításra került. Ez utóbbi fejlesztésekhez elsősorban a képviselők egyéni pénzügyi kerete biztosította a forrást. Korábban a válaszadók 61,7%-a nem tudott olyan városi programot említeni, amely az egészség védelmét célozta volna. Ezzel szemben a hatásvizsgálat során a válaszadók csupán 3,8%-a volt az, aki az önkormányzat és partnerei által a programidőszakban évi rendszerességgel megszervezett 19 városi szintű egészségvédelmi rendezvény egyikéről sem hallott volna. A programok között említhető a „Séta a mellrák ellen!” rendezvény, „A tiszta, egészséges Székesfehérvárért” futóverseny, a sportmajális, a cukorbetegség világnapja, a nyílt nőgyógyászati szűrőnapok, az elsősegélynyújtó tanfolyamok, a férfi szűrőnap, az anyatejes táplálás világnapja, a perifériás érbetegség szűrése, a „Jó szívvel Fehérvárért!” program, a „Szívünk napja” rendezvények, a „Nemzetközi babahordozó hét” programjai, a vese világnapja, a „Szülők akadémiaja” programsorozat, amelyek a hatásvizsgálat során a legtöbbször által ismert közösségi egészségfejlesztési kezdeményezésként jelentek meg. Fontos megjegyezni azt is, hogy 2011-ben az egészségfejlesztési programokon mindössze 1.900 fő vett részt, míg ez a szám 2015-re több mint ötszörösére, 10.778 főre növekedett.



### TAPASZTALATOK ÖSSZEGZÉSE

A 2011–2015 közötti időszak talán legfontosabb tapasztalata, hogy a Székesfehérváron megvalósult egészségfejlesztési programok hatására a város közéletében az egészség kérdése meghatározó témává vált. A helyi közösség tagjainak véleménye szerint egyértelműen érzékelhető, hogy az önkormányzat többet és aktívabban foglalkozik az egészségvédelem kérdéseivel: mind az egyéni életmód-jellemzőket, mind az egészségtudatosság jellemzőit tekintve előrelépés mutatható ki a városban.

Az eredmények megvalósítását segítette, hogy az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének tagvárosaként a más tagvárosokban zajló tevékenységeket és jó gyakorlatokat megismerhettük. A helyi

kezdeményezések sikeres végrehajtásának hátterét egyrészt a városi szakemberek elkötelezett feladatvállalása, másrészt a helyi politikai szereplők egészségfejlesztési feladatokhoz való támogató hozzáállása biztosította. E szakmai-döntéshozói együttműködés további hatásaként a város képviselőtestülete az ez irányú munkát továbbra is támogatja, valamint döntött a 2019–2024-re vonatkozó városi egészségfejlesztési terv megvalósításáról. A tapasztalatok összegzéseként az eddig elért eredmények alapján és az új célok ismeretében kijelenthetjük, hogy Székesfehérváron az egészség-összefüggő feladatokkal való foglalkozás túllépett a kampányszerű megközelítésen és a mindennapok részévé vált.

### HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> Health 21 – health for all in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999

<sup>2</sup> 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól II. fejezet 13. § (1) bekezdés 4. pontja <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100189.TV> (elérve: 2019. 06. 24.)

<sup>3</sup> De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia, 2006; 3:(1) pp. 41-46

<sup>4</sup> Girán J, Östör A, Varga M. A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés 2018; 59: 3 pp. 7-16., doi: [10.24365/ef.v59i3.307](https://doi.org/10.24365/ef.v59i3.307)

<sup>5</sup> A lakossági véleménykutatás záró tanulmánya „Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Egészségfejlesztési Tervének felülvizsgálatát megalapozó lakossági véleménykutatás eredményei” címmel a „Javaslat Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Egészségfejlesztési Tervével kapcsolatos intézkedések megtétele” előterjesztés 2. mellékleteként teljes terjedelmében nyilvánosan hozzáférhető a [https://ekozig.szekesfehervar.hu/index.php?pg=page\\_140806&dsKeyword=&dsYear=2016&dsCorporation=&dsType=-2&dsState=&dsId=&page=1#](https://ekozig.szekesfehervar.hu/index.php?pg=page_140806&dsKeyword=&dsYear=2016&dsCorporation=&dsType=-2&dsState=&dsId=&page=1#) (elérve: 2019. 06. 24.) Az előterjesztést az Önkormányzat Humán Közszolgálati Szakbizottsága a 2016. 06. 23-án tartott nyílt ülésén a 3. napirendként tárgyalta.

# Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Győrben

## Health development planning and implementation in Győr

Szerzők: Miklósné Bertalanfy Mária<sup>a</sup> ✉, Burkali Bernadett<sup>b</sup>, Bazsika Erzsébet<sup>b</sup>  
*a: Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Humánszolgáltatási Főosztály,*  
*b: Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály*

Beküldve: 2019. 05. 20.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.468

**Összefoglaló:** Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata 1989-ben csatlakozott az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) „Egészséges Városok” (Healthy Cities) programhoz, 1994-től pedig a szűkebb Európai Egészséges Városok Projektvárosi Hálózatában (European Network of Designated Healthy Cities) is részt vesz. A lakosság egészségi állapotának kedvező befolyásolása érdekében Győr városban tudatos beavatkozások történtek az elmúlt 3 évtizedben. Ennek egyik kerete jelenleg a 2016 decemberében Győr város közgyűlése által elfogadott Győr Városi Egészségfejlesztési Terv, amely széles társadalmi konszenzusra, szakmaközi együttműködésre épül. A szükségletalapú tervezési folyamatot az „Egészség 2020” (Health 2020) és a „Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030” (2030 Agenda for Sustainable Development) stratégiák célkitűzései is orientálták. Kiemelt szempont volt, hogy milyen módon kaphatnak még nagyobb hangsúlyt az egészség aspektusai a várospolitika és a várostervezés alakításában, hasznosítva a döntéshozatalban az itt élők tapasztalati tudását, építve a közösség aktivitására, és a multiszektoriális megközelítésre. Fontos célként jelent meg az önkormányzat fejlesztési dokumentumainak egészségfejlesztési tervbe integrálásán túl, a WHO „Egészséges Városok” program elvei érvényesülésének elősegítése a város életét befolyásoló fejlesztési dokumentumokban. Új elem az „Egészség 2020” stratégiával összhangban, az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés gyakorlatának továbbfejlesztése a kórházzal és az egészségügyi alapellátással az egészségfejlesztés érdekében. A WHO „Egészséges Városok” program elmúlt 30 évében Győr városában stabil politikai támogatás jött létre, széles körű együttműködő hálózat alakult ki, sokrétű tevékenység valósult meg. A háttérrel biztosító intézményi struktúra pedig a fenntarthatóság biztosítékát jelenti.

**Kulcsszavak:** WHO Egészséges Városok program; városi egészségkép; egészségfejlesztési terv; komplex, szükséglet alapú tervezés; multiszektorialitás

**Summary:** The City of Győr joined the WHO (World Health Organization) European Healthy Cities Network in 1989 and it has also been involved in the European Network of Designated Healthy Cities since 1994. During the last 3 decades deliberate interventions have been made in the city of Győr to influence the health of the population in a favourable direction. One of the frameworks of this is currently the City Health Development Plan of Győr, adopted by the general assembly of the town in December 2016, based on extensive social consensus and inter-professional cooperation. During the needs-based planning process, the goals of the Health 2020 and the Agenda 2030 (2030 Agenda for Sustainable Development) strategies were also considered. A key consideration was the way in which health aspects of urban policy and urban planning could be further emphasized, utilizing the experiential knowledge of local citizens in decision-making, building on community participation and the multisectoral

approach. An important goal was to integrate the development documents of the municipality into the Health Development Plan and to promote the implementation of the WHO Healthy Cities programme's principles in the development documents that influence the life of the city. A new element – in line with the Health 2020 strategy – is the further development of cooperation practices with the health services – hospital and primary health care – for the sake of health promotion. In the last 30 years of the WHO Healthy Cities programme in Győr, stable political support has been established, a wide collaborative network has been developed, and diverse activities have been realized. The institutional structure providing the background is a guarantee of sustainability.

**Keywords:** WHO Healthy Cities programme; city health profile; city health development plan; complex, needs-based planning; multisectorality

## BEVEZETÉS

Győr Magyarország észak-nyugati részén fekszik, Bécs és Budapest között félúton. Kedvező földrajzi fekvésének köszönhetően is Magyarország egyik legdinamikusabban fejlődő régiója. Ez hozzájárul ahhoz, hogy a lakosság egészségi állapota az országos átlagnál kedvezőbb, ám az Európai Unió tagországainak átlagától még mindig elmarad, valamint a városon belül egészségesegyenlőtlenségek figyelhetők meg. Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata tudatosan kíván tenni a városban élők egészségi állapotának javításáért, az azt befolyásoló tényezők alakításáért. Győr ennek érdekében csatlakozott a WHO Egészséges Városok Hálózatához 1989-ben, az Európai Egészséges Városok Projektvárosi Hálózatába pedig 1994-ben került be.<sup>1,2</sup> Azóta minden ötödik évben sikerült megújítania tagságát, amelyet pályázat útján lehet elnyerni.

A Győr város imázsát kifejező logó üzenete: a jövő Győrben épül. [1. ábra] Jövőt építeni azonban csak egészséges, aktív, művelt és innovatív emberekkel lehet. Ezt kívánja elősegíteni Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata intézkedéseivel és a Győr Városi Egészségfejlesztési Terv elkészítésével és végrehajtásával is.

## A HELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVEZÉS ELMÉLETI KERETRENSZERE

Az Ottawai Charta alapelvei, a WHO stratégiai dokumentumai és a helyi igények, szükségletek alapján tervszerű, politikai támogatáson, széles szakmaközi együttműködésen alapuló, komplex

tevékenység valósul meg a városban.<sup>3</sup> A tevékenység keretét a 2016 decemberében Győr város közgyűlése által elfogadott Győr Városi Egészségfejlesztési Terv képezi, amely széles társadalmi konszenzuson alapul.<sup>4</sup> A szükségleteken alapuló tervezés az „Egészség 2020” európai egészségstratégia és a „Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030” figyelembevételével történt.<sup>5,6</sup> Fontos kiindulópont volt a városfejlesztésben, városépítésben az egészség szempontjainak érvényre juttatása, kihasználva a tapasztalati tudást a döntéshozatalban, építve a közösségi részvételre és a multiszektoriális megközelítésre.

1. ábra: Győr városának logója

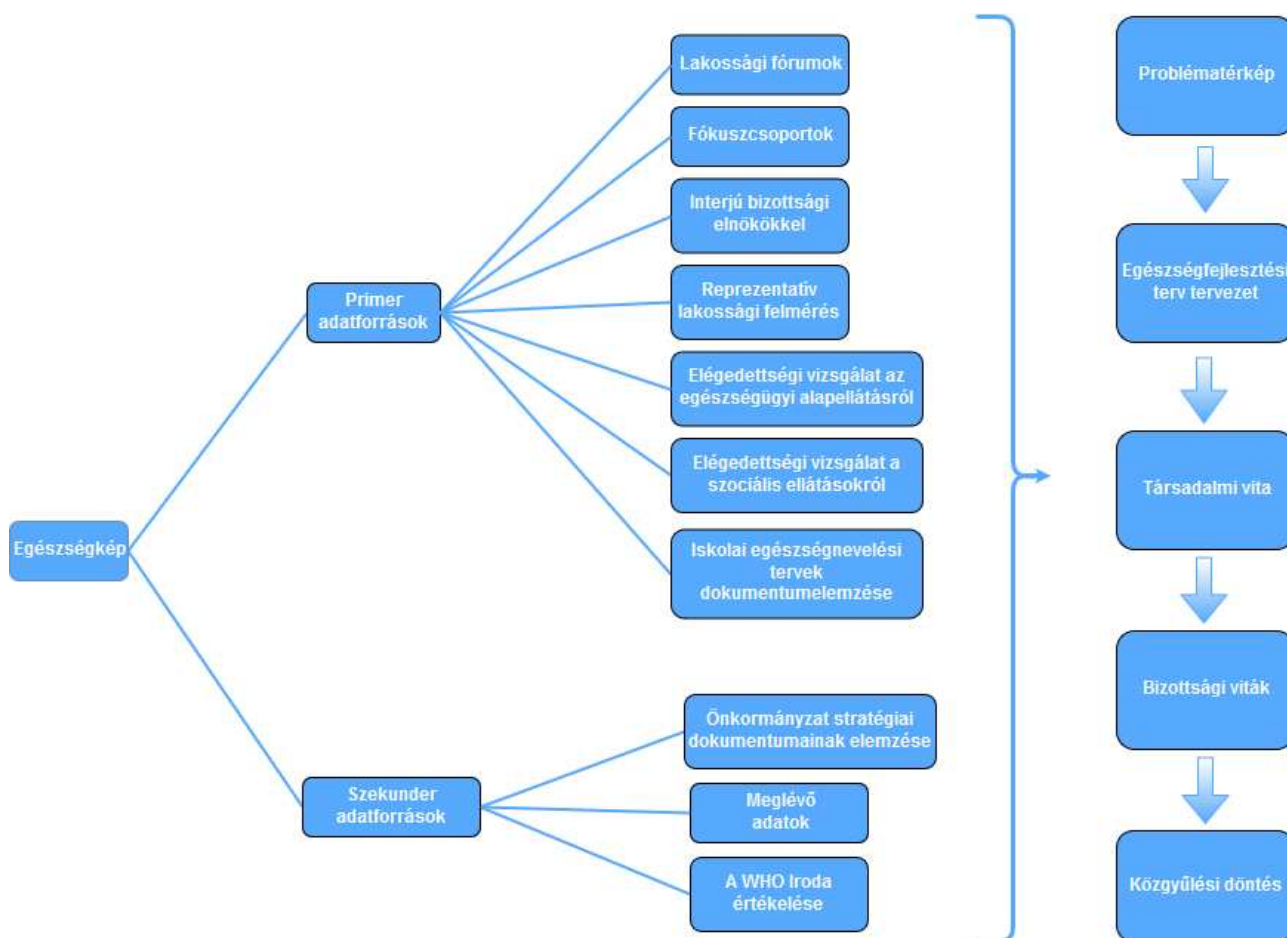


Forrás: Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata<sup>7</sup>

## A TERVEZÉSI FOLYAMAT BEMUTATÁSA

Az egészségfejlesztési terv megalapozásához számos módszer alkalmazására került sor a városban lakók egészségi állapota és az azt befolyásoló tényezők, vagyis a városi egészségkép (city health profile) kidolgozása során.

2. ábra: Az egészségfejlesztési tervezés folyamata Győrben



Forrás: saját szerkesztés

A városi egészségkép elkészítéséhez az alapadatok összegyűjtése és elemzése a WHO „Egészséges Városok” programjának indikátorai alapján történt.<sup>8</sup> A halandósági, demográfiai, egészségi állapotra és az azt befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatokból tanulmány készült, de számos információ nem állt rendelkezésre a már meglévő adatbázisokban. A hiányzó adatok megismerésére és az egészségmagatartás vizsgálatára kérdőíves lakossági felmérés során került sor, amelyet a város felnőtt lakosságára reprezentatív mintán vettek fel. Az egészségügyi és szociális ellátások megítéléséről a győri Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény megbízásából készült elégedettségi vizsgálaton sikerült adatokat nyerni. A gyermekek és az ifjúság egészségi állapotának elemzésén túl, az iskolai egészségfejlesztés helyzetéről kérdőíves vizsgálat és dokumentumelemzés adott képet. A különböző intézmények szakembereinek és a civil

szervezetek képviselőinek a lakosság egyes korcsoportjaira vonatkozó tapasztalatait fókuszcsoporthok segítségével lehetett összegyűjteni.

A Győrben élők problémái, javaslatai városrészenként szervezett lakossági fórumokon hangzottak el.

Az önkormányzat stratégiai dokumentumainak elemzése az egészséget támogató közpolitika érvényesülésére utaló hat alapelv mentén történt, amelyek az egészségfejlesztés és az egészségpolitika meghatározó nemzetközi és hazai dokumentumainak, alapelveinek figyelembevételével kerültek meghatározásra.<sup>9</sup> A hat alapelv a következő: multiszektoralitás, kimenetoldali vezérlés, egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés, közösségi részvétel, esélyegyenlőség, valamint a környezeti kockázatok csökkentése. Az elemzés nemcsak a városi egészségfejlesztési terv készítése során történt meg, hanem már 2005-ben köz-

gyűlési határozatban vállalta a győri önkormányzat, hogy a jövőbeni városi stratégiákat, koncepciókat az egészség szempontjainak figyelembe vételével készíti el. Ennek megfelelően az önkormányzat stratégiai dokumentumainak előkészítésekor a győri WHO Iroda lehetőség szerint megvizsgálja a fentebb felsorolt 6 alapelv érvényesülését.

Az egészségfejlesztési tervezés folyamatában, a dokumentumelemzést követően, az önkormányzat bizottsági elnökeivel készültek interjúk arról, hogyan látják a WHO „Egészséges Városok” program elveinek megvalósulását területükhöz kapcsolódóan, és milyen lehetőséget látnak a városlakók egészségének megőrzésére és fejlesztésére.

A kutatások tapasztalatai alapján problématerkép és SWOT analízis<sup>i</sup> készült az életmódot befolyásoló háttértényezőkre vonatkozóan. Az egészségkockázatok városrészenként megjelenítésre kerültek.

A városi egészségfejlesztési terv 5 éves időszakra vonatkozó célkitűzései a városi egészségképre épülnek. Víziója, hogy Győr a jövőben még inkább: 1. élhető, 2. fenntartható, 3. méltányos, és 4. egészséges legyen. A fő stratégiai cél a Győr városban élők életminőségének javítása. A célok megvalósításának méréséhez indikátorokat határoztak meg a mérés módjával együtt.

A tervezőmunka egy munkacsoport létrehozásával kezdődött, amelyben az alábbi intézmények szakemberei vettek részt: Széchenyi István Egyetem Petz Lajos Egészségügyi és Szociális Intézet Egészségtudományi Tanszék és Szociális Munka Tanszék, Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar Regionális-Tudományi és Közpolitikai Tanszék, Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, valamint Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala. [2. ábra]

A városi egészségfejlesztési terv készítése során az önkormányzat különböző ágazatainak együttműködése nélkülözhetetlen volt, hiszen az egészséget számtalan tényező befolyásolja. Az egészség megőrzése nem csupán az egészségügy kompetenciája. Sőt, sokkal nagyobb hatással bírnak a jó egészségi állapot megtartására

a genetikai adottságok mellett a társadalmi-gazdasági tényezők, az iskolai végzettség, a környezeti hatások, de különösen az életmód.<sup>10</sup>

A városi egészségfejlesztési terv évenkénti időszakokra lebontva valósul meg határidő, költség és felelős hozzárendelésével. Megvalósítását az önkormányzat Egészséges Városok Programirodája koordinálja. Az önkormányzati Egészséges Városok Program ernyőszervezetként összehangolja, segíti, támogatja az egészségfejlesztést célzó kezdeményezéseket a városban és környékén. Az Irányító Bizottság 1994-ben történt megalakulása óta biztosítja a politikai támogatást és az ágazatközi együttműködés fontos színtereként lehetőséget teremt a tájékoztatásra, véleménynyilvánításra, a fő irányvonalak meghatározására.

Az „Egészség 2020” stratégia első témájához, az „Egészségfejlesztés az egész életen át, képességfejlesztés”-hez illeszkedve az önkormányzat minden generáció számára élhető környezet megteremtésére törekszik. Ezt fogalmazza meg az Egyesült Nemzetek Szövetségének (ENSZ) „Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030” című dokumentumának 3. célja is: „Biztosítani az egészséges életet és előmozdítani a jóllétet mindenki számára, minden korosztályban.”<sup>7</sup> Ennek elősegítésére a városfejlesztésben is újabb és újabb megoldások születnek. A fizikai aktivitást és a fenntartható városi környezetet is elősegíti a kerékpárút-hálózat folyamatos fejlesztése, és a GyőrBike kerékpár kölcsönző rendszer kiépítése, működtetése. Győr a folyók városa, három folyó találkozásánál épült fel. A vízpartok rehabilitációja újabb lendületet adott a köztérek használatának, a rekreáció előmozdításának. 2017-ben Győr adott otthont az Európai Ifjúsági Olimpiai Fesztiválnak, amelyet megelőzően jelentős sportberuházások valósultak meg. Felépült az Audi Aréna, az Aqua Sportközpont és az Olimpiai Sportpark.

A fejlesztések a városban élők egészségét is szolgálják, és emellett több városrészben létesültek egészséget támogató, szabadidősport céljára készült sportpályák, rekortán, vagyis gumiborítású futópályák, többgenerációs játzó-

<sup>i</sup> A SWOT analízis a Strengths – Erősségek, Weaknesses – Gyengeségek, Opportunities – Lehetőségek és Threats – Veszélyek szavak kezdőbetűinek rövidítéséből kapta a nevét. Az analízis során ezt a négy dimenziót térképezik fel, hogy a helyzetelemzés pontosabb legyen. További információ: [https://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/0007\\_d1\\_1075\\_1077\\_uzletiterv/a\\_swot\\_elemzes\\_JGReK9C3qgHeUPDS.html](https://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/0007_d1_1075_1077_uzletiterv/a_swot_elemzes_JGReK9C3qgHeUPDS.html)

terek, sportparkok. A létesítményekben különböző sportfoglalkozások és egészségmegőrzést célzó mozgásprogramok szervezését kezdeményezi és támogatja városszerte az önkormányzat.

A lakosság egészségét szolgálja az idén 25 éves Egészség-Piac lakossági egészségmegőrző programsorozat, amely már 12 városrészben kínál szűrővizsgálatokat, tanácsadást és életmódprogramokat 2 hónapon keresztül, az április 7-i egészség világnapjához kapcsolódóan. Minden generációnak kínál mozgáslehetőségeket az önkormányzat az ovifocitól az oviolimpián keresztül, a sport és egészségnapokon át az idősek számára biztosított uszodabérletekig és a Szépkorúak tornájáig. A Győriek Egészségéért Közhasznú Egyesülettel együttműködésben számos szeniortánc csoport és gyalogló klub működik a városban az időskori szellemi és fizikai aktivitás, valamint a társas kapcsolatok fenntartása céljából. A tevékeny időskort segítik elő az önkéntességet támogató programok is, mint a már 10 éve működő Beszélgető Hálózat, amelyben aktív idősek keresik fel heti rendszerességgel a mozgásukban már korlátozott, egyedül élő idős társaikat a létfenntartó szociális kapcsolatok biztosítása, a lelki egészség megőrzése és a depresszió megelőzése céljából. Az Önkéntes Nagy Szolgálat újabb kezdeményezés, amely elősegíti a generációk közötti együttműködést. Az önkormányzat példája számos egyéb, a lakosság egészségét célzó kezdeményezést generált a városban.

Az „Egészség 2020” stratégia négy prioritása közül a 3. „Az emberközpontú egészségügyi rendszerek, a népegészségügyi kapacitások megerősítése”. Ennek része új elemként – mint európai uniós projekt – az egészségügyi szolgáltatók együttműködésének továbbfejlesztése mind a kórházi, mind az egészségügyi alapellátásban. Főpályázó a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, a konzorciumi partner pedig Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata. Ennek az EFOP-1.8.19-17-2017-00034 számú projektnek a keretében, a kórház rendelőintézetében 2018. július 1-én megnyílt a Győri Járási Egészségfejlesztési Iroda és Lelki Egészség Központ. A kórház így a gyógyítás mellett jelentős szerepet vállalt az egészségfejlesztés területén is. A projektmenedzsert

és a munkatársakat a kórház, a szakmai vezetőt az önkormányzat WHO „Egészséges Városok” programja adja.

Az egészségügyi alapellátásban pedig létrejött egy praxisközösség és a „3 generációval az egészségért” pályázat keretében egy csoportpraxis alakult; mindkettő a győri háziorvosok prevenciók tevékenységét ösztönzi, támogatja. A praxisközösség és a csoportpraxis együttműködik az egészségfejlesztés területén. Ehhez kapcsolódik még egy újabb, az EFOP-2.2.0-16-00002 számú, a „Gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” című pályázat, amelynek előkészítése céljából mentálhigiénés teamek jönnek létre a gyermekek és fiatalok lelki egészségének védelme és a korai kezelésbe vétel elősegítése érdekében. A kialakuló hálózatok segítik a közösség érzékenyítését, a szakemberek kapacitásépítését, és tovább bővítik az „Egészséges Városok” programban kialakult ágazatközi együttműködés rendszerét is.

Az egészségfejlesztési tervezésben szerzett városi tapasztalatok megosztása nem csak helyi szinten valósul meg, hanem az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségében is. A város képvisellete 1994-től folyamatos az Európai Egészséges Városok Projektvárosi Hálózatában, és 2005-től az Európai Projektvárosok Idősek Egészsége munkacsoportban is, ahol Győr egyedüli magyar városként vesz részt. 2006-ban készült el az első idősek egészségképe, 2007-ben pedig az idősek életminőségének javítását célzó koncepció, ami 5 évente megújításra kerül. A koncepció tervezését és megvalósítását a WHO módszertana alapján a győri Egészséges Városok Programiroda koordinálja, az Idősügyi Tanács pedig biztosítja az érintettek képviselétét, segíti a korosztályt érintő önkormányzati döntés-előkészítő munkát.<sup>11</sup>

A városban 25 évre visszamenőleg készül droghelyzetfelmérés, valamint 2001-től 5 évente megújított városi drogstratégia foglalja össze a célokat és tevékenységeket. A Győr Városi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum munkáját is a győri Egészséges Városok Programiroda irányítja, koordinálja.

Az „Egészséges Városok” program civil hátterét helyben a Győriek Egészségéért Közhasznú



Egyesület biztosítja, amely humán és anyagi erőforrások bevonásával segíti a városi egészségfejlesztési tervben megfogalmazott célok megvalósítását.

### EREDMÉNYEK

Az Egészséges Városok program elmúlt 30 évében Győr városában stabil politikai támogatás jött létre, széles körű együttműködő hálózat alakult ki, sokrétű tevékenység valósult meg. A tudatos, egészséget támogató várospolitikára révén létrejött fejlesztések pozitív hatást gyakoroltak a lakosság egészséggel kapcsolatos attitűdjére, egészségmagatartására, egészségi állapotára. A helyzetfelmérések visszaigazolják a tevékenység eredményességét, pl. nőtt a rendszeres fizikai aktivitást végzők száma, az összes vezető halálok szintje jobb az országos átlagnál, és csökkent egyes vezető népbetegségek halálhálói terhe a városban, mindezek következtében javult a születéskor várható átlagos élettartam is (1990-ben: 71,13 év, 2017-ben: 77,14 év).

További eredmény a szakmai hálózat bővülése, a szakemberek motivációjának, szakmai kompetenciájának növekedése. Az együttműködésben megvalósuló egészségfejlesztési tevékenység pedig közösségek létrejöttét eredményezi, ugyanakkor hozzásegíti az egyéneket a saját egészségük

érdekeiben történő döntések meghozatalához, szükség esetén életmódváltáshoz. A legújabb eredmény az egészségügyi szolgáltatókkal való rendszeres, intézményesített együttműködés, amely révén az egészségügyi ellátórendszerben nagyobb hangsúly kapott a prevenció, létrejött az egészségfejlesztés intézményi bázisa az önkormányzat Egészséges Városok Projektje kezdeményezésére és együttműködésével.

### KONKLÚZIÓ

Az egészséges várostervezés szükségletalapú, konkrét helyzetelemzésre épül, a közösség aktivitására, bevonására törekszik, széles együttműködések, partneri kapcsolatokon alapszik, valamint multiszektoriális, komplex megközelítésű. A városi egészségfejlesztési terv megvalósítása során alkalmazott egészségfejlesztési tevékenység átfogó megközelítése az egészséget támogató közpolitikát, a kedvező környezet kialakítását, a közösségi tevékenységek és az egyéni képességek fejlesztését jelenti. Ezáltal javul a prevenciók szolgáltatásokhoz való hozzáférés és csökkennek az egészség egyenlőtlenségek. A politikai támogatás és az intézményi struktúra pedig biztosítja a hátteret és egyben a fenntarthatóság garanciáját jelenti.

### HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> WHO European Healthy Cities Network <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network> (elérve: 2019. 06. 21.)

<sup>2</sup> Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége <http://www.egeszsegesvarosok.hu> (elérve: 2019. 06. 21.)

<sup>3</sup> Ottawai Egészségfejlesztési Charta alapelvei <http://regi.oefi.hu/alapelvek.pdf> (elérve: 2019. 06. 21.)

<sup>4</sup> Győr Városi Egészségfejlesztési Terv [http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/who\\_egeszseges\\_varosok\\_program\\_gyr.html](http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/who_egeszseges_varosok_program_gyr.html) (elérve: 2019. 06. 24.)

<sup>5</sup> Health 2020 A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf) (elérve: 2019.06. 21.)

<sup>6</sup> Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030 <https://ensz.kormany.hu/download/7/06/22000/Vil%C3%A1gunk%20%C3%A1talak%C3%ADt%C3%A1sa%20Fenntarthat%C3%B3%20Fejl%C5%91d%C3%A9si%20Keretrendszer%202030.pdf> (elérve: 2019. 06. 24.)

<sup>7</sup> Győr Megyei Jogú Város logója és arculati kézikönyve <http://hirek.gyor.hu/getAttachment/113947/60650/Arculati%20%C3%A9zik%C3%B6nyv>

<sup>8</sup> Webster P, Sanderson D. Healthy Cities Indicators – A sustainable instrument to measure health? Journal of Urban Health. 2013 Oct; 90 (Suppl 1): 52–61. doi: [10.1007/s11524-011-9643-9](https://doi.org/10.1007/s11524-011-9643-9)

<sup>9</sup> De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006; 3:(1) pp. 41-46.

<sup>10</sup> Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services, Ottawa, 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (elérve: 2019. 06. 21.)

<sup>11</sup> Idősek egészsége [http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/idsek\\_egeszsege.html](http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/idsek_egeszsege.html) (elérve: 2019. 06. 20.)

# Észrevételek a járási egészségterv-készítés aktuális törvényi kötelezettségével kapcsolatban

Comments related to actual legal obligation of district health planning

Szerző: Lovász István<sup>a</sup> ✉, Girán János<sup>b</sup>  
*a: Pécs Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala,*  
*b: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségügyi Intézet*

Beküldve: 2019. 05. 28.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.474

**Összefoglaló:** A járási egészségterv készítésének jogszabályi kötelezettsége a helyi egészségvédelem feladatainak ellátását európai viszonylatban is úttörő módon támogatja. Ugyanakkor e jogszabályi kötelezettségnek való megfelelés problémákkal terhelt. Meghatározó nehézség, hogy az egészségterv kidolgozásának feladata a járásszékhely városra hárul, ám a terv területi érvényessége az egész járásra vonatkozik. További korlát, hogy a járás öngazgatási funkcióval nem rendelkezik, így nincs olyan választott képviselőkből álló testülete, amely az egészségtervben foglalt intézkedéseket jóváhagyná, a végrehajtását felügyelné, továbbá a cselekvéshez szükséges erőforrásokat biztosítaná. Mindemellett hiányzik a stratégiai tervezés alapját jelentő országos népegészségügyi szakmai program is, amelyhez a járási tervek célrendszerükkel és prioritásaikkal igazodhatnának. Emiatt problémás megfelelni a törvényi kötelezettségnek és így az egészségtervezés módszerében rejlő lehetőségek sem használhatók ki a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

**Kulcsszavak:** stratégiai tervezés; járási egészségterv törvényi kötelezésének problémái; öngazgatási funkciók hiánya; nemzeti népegészségügyi program hiánya

**Summary:** At European level, the Hungarian legal obligation to elaborate a district-level health plan is pioneering support for local health protection. However, meeting the requirements of this legal obligation has been problematic. One of the major difficulties is that the obligation related to elaboration of health plan falls to the city, while the scope of the plan should relate to the entire district surrounding the city. A further limitation is that the district does not have any governing function. Therefore, it cannot have any board of elected representatives that would approve and initiate the measures of the health plan, supervise its implementation, and provide the resources needed for action. In addition, the national public health programme is also missing, which should be the basis for any level of strategic planning, and to which the district plans could adapt with own target system and priorities. Consequently, potential methods of health planning cannot be utilized to the improvement of the population health.

**Keywords:** strategic planning; challenges of legal obligation of health planning; lack of governing functions; lack of a national public health programme

## BEVEZETÉS

Az Európai Unió országaiban születéskor várható átlagos élettartam a 2017-ben született férfiak esetén 78,3 év, míg a nők esetén 83,5 év.<sup>1</sup> Az

ugyanezen évben Magyarországon született nők átlagosan 78,9 év, a férfiak pedig 72,4 év élettartamra számíthatnak.<sup>2</sup> Az országon belüli helyi különbségek ugyancsak figyelemre méltóak: a 2017-ben született férfiak esetében a Budapesten

élők élettartama lehet a leghosszabb 74,3 évvel, miközben a Nógrád megyében élők 69,9 évvel a legrövidebb. A nők esetében szintén a Budapesten élők életkilátásai a leghosszabbak 80,06 évvel, és a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében születettek a legrövidebb 77,6 évvel.<sup>3</sup> Az adatok láthatóan mutatják, hogy a hazai népesség egészségi állapota az uniós országok átlagától jelentősen elmarad és az életkilátásokat önmagában az a tény, hogy ki melyik régióban születik évekkel rövidítheti meg. Emiatt minden, az egészségi kockázatok csökkentését célzó törekvés szükséges és támogatandó. A járási egészségterv kidolgozásának kötelezettsége egyértelműen e támogatandó kezdeményezések közé sorolható.

A járási egészségterv kidolgozásának kötelezettségét az egészségügyről szóló, 1997. évi CLIV törvény 2016. január első napján hatályba lépett módosítása írja elő: „a járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan – azon járásokban, ahol működik egészségfejlesztési iroda, az egészségfejlesztési irodák bevonásával – a járásszékhely város önkormányzata a területileg érintett települési önkormányzatokkal vagy azok társulásaival egészségtervet [a továbbiakban: járási (fővárosi kerületi) egészségterv] dolgoz ki, illetve gondoskodik az abban foglaltak megvalósításáról, amelynek során együttműködik a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalával, az alapellátást és a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel”.<sup>4</sup>

Az idézett rendelkezés a tervezetten végzett helyi szintű egészségfejlesztési és egyéb prevenciósi tevékenységek generálását európai viszonylatban is úttörő módon célozza meg, hiszen az egészségterv készítése nagyon kevés országban jelenik meg jogszabályi kötelezettséggé.<sup>i</sup> Az, hogy törvényben rögzítették az egészségterv elkészítésének kötelezettségét, kifejezi a jogalkotó és a politikai vezetés probléma-felismerését és egyértelműsíti a jobbítás

szándékát. Azonban a jelenleg érvényes előírások az egészségfejlesztési feladatok tekintetében hathatós előrelépést a területi öngazgatással összefüggő problémák, illetve a stratégiai tervezéshez szükséges szakmai koncepcionális alapok hiánya miatt mindezidáig nem tudtak eredményezni.

## A TÖRVÉNYI KÖTELEZÉS TERÜLETI ÖNIGAZGATÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁI

Települési feladat, járási érvényesség: kompetenciák ütközése

A fentebb ismertetett törvényi regula a települési önkormányzatok egyes típusai számára új feladatot állapított meg. E feladatot törvény, mégpedig külön ágazati törvény – összhangban Magyarország helyi önkormányzatairól szóló törvény<sup>5</sup> szabályozási logikájával – jelöli ki. A feladatra kötelezett települések a járásszékhely városok. Jogi-dogmatikai szempontból az ezzel összefüggő probléma az, hogy jelenleg a járás nem öngazgatási, hanem közigazgatási egység – azon belül is államigazgatási –, feladatellátási fogalom és egy adott járási hivatal illetékességi területét határolja le. Ettől mindössze 1950–1971 között tértek el, amikor a járásokban választott tanácsok is működtek, azaz a járás nem csupán a térségi feladatellátás határait jelölte ki, hanem öngazgatási funkciókkal is rendelkezett. Az öngazgatási, területszervezési egységeket tekintve az Alaptörvény vonatkozó rendelkezése szerint<sup>6</sup> „Magyarország területe fővárosra, megyékre, városokra és községekre tagozódik.” A járásokról tehát ebben az összefüggésben nem esik szó. A törvényi feladatszabás azonban az egészségterv elkészítését önkormányzati szervhez rendeli, míg annak területi érvényességét tekintve a járást jelöli meg.<sup>ii</sup>

A jogalkotó a kötelezés tekintetében egy további lehetőséget is megfogalmaz, miszerint az önkor-

<sup>i</sup> Szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy számos európai és Európán kívüli ország városa és egyéb területi egysége törvényi kötelezettség nélkül is, önkéntes feladatvállalásként az egészségtervezés módszerét a helyi közösségek tagjainak egészségvédelme és -fejlesztése érdekében hosszú idő óta alkalmazza.

<sup>ii</sup> Megjegyzendő, hogy a vázolt helyzet a fővárosban készülő egészségtervek esetében nem releváns, hiszen e helyütt a tervek készítés felelősei a kerületek. Márpedig a fővárosi kerületek mind területszervezési, mind államigazgatási feladatellátás szempontjából egyaránt ismert és releváns szereplők, azaz az ország – illetve annak fővárosa – területbeosztása, valamint a fővárosban kerületi hivatal néven futó I. fokú hatósági államigazgatási ügyintéző, végrehajtó szervek (kvázi fővárosi járási hivatalok) működésének fizikai területe egybeesik.

mányzatok az egészségterv-készítési feladatot társulási formában is elláthatják. Jelenleg Magyarországon több mint 3 ezer önkormányzat működik. Az egyes önkormányzatok közötti együttműködés a jobb minőségű szolgáltatás biztosítása, a szakszerűbb feladatellátás, valamint a hatékonyabb területfejlesztés és a források eredményes lehívása érdekében vált szükségessé és az idők során több módon is megvalósulhatott.

A társulási formák első szabályozását a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló, 2011-ig érvényben lévő törvény<sup>7</sup> tartalmazta. A jogforrás a kistérséget, mint társulási kategóriát pontosan meghatározta: „E törvény alkalmazásában kistérségen a törvény mellékletében megjelölt kistérséget kell érteni”.<sup>8</sup> A kistérségi társulás tehát területi és alanyi értelemben kötötten volt alapítható, a kistérség önkormányzatainak részvételével, a kistérség területén. Ez a jogszabály a jelenleg érvényes önkormányzati törvény<sup>5</sup> elfogadását követően hatályát veszítette, így a kistérségek közigazgatási szerepe a járások megjelenésével megszűnt.

Az önkormányzati társulásokra vonatkozó jelenlegi szabályozás<sup>9</sup> szerint „A helyi önkormányzatok képviselő-testületei megállapodhatnak abban, hogy egy vagy több önkormányzati feladat- és hatáskör, valamint a polgármester és a jegyző államigazgatási feladat- és hatáskörének hatékonyabb, célszerűbb ellátására jogi személyiséggel rendelkező társulást hoznak létre”. A társulás alapját racionális szakmai szempontok határozzák meg, de a törvényi szabályozás a helyi önkormányzat kötelező feladatának társulásban történő ellátását is elrendelheti.<sup>10</sup> Így meghatározott esetekben akkor is lehetséges az együttműködés, ha a helyi önkormányzatok nem kívánnak társulni. A társulás fizikai-földrajzi kiterjedéséről azonban nem szól a rendelkezés, így a feladatellátásban érintett önkormányzatok egymással tetszőleges módon hozhatnak létre jogi személyiséggel rendelkező társulást. Így annak sincs akadálya, hogy az egészségterv készítésére vonatkozó rendelkezésnek<sup>4</sup> történő megfelelés során a társulás a járás határaihoz igazodjék, avagy a jelenleg működő társulások bázisán történjen. Mindazonáltal e lehetőség kihasználása a járást továbbra sem teszi területszervezési vagy önigazgatási egységgé.

### A döntéshozatal, a végrehajtás és a kötelezettségvállalás problémái

A területi kompetenciák rendezetlensége mellett a döntéshozatali kompetencia és a döntéshozói testület kérdése is további dilemmákat vet fel. A probléma lényege, hogy egy települési önkormányzati rendelet, avagy egy testületi határozat területi érvényessége csak arra a településre terjed ki, amelynek lakói a helyi képviselőket választották. Tekintettel arra, hogy a járás nem területi önigazgatási egység, nem rendelkezik olyan döntéshozatalai fórummal, amely választott képviselőkől állna és így adott területegységre vonatkozóan érvényes döntéseket hozhatna, valamint a döntések végrehajtására és ellenőrzésére való felhatalmazással is rendelkezne. Nem világos továbbá az sem, hogy a megvalósításhoz szükséges erőforrások miként állhatnak rendelkezésre.

Települési és megyei szinteken ezeket a kérdéseket a helyhatósági választások során mandátumot szerzett képviselőkől álló képviselőtestület tudja megválaszolni. Kistérségi társulások esetén döntési, végrehajtási és forrásbiztosítási kompetenciáival a társulási tanácsok rendelkeznek, melyet a társulásban tagsággal rendelkező települések polgármesterei alkotnak. Ezzel szemben a járás megfelelő testület hiányában nem képes a járási települések összességére vonatkozóan érvényes döntéseket hozni. Ebből következően a járás a települési folyamatokra nem lehet képes olyan hatást gyakorolni, amelyek eredményeként az egészségterv a helyi közösség tagjai számára az egészség védelmét, avagy a kockázatok csökkentését eredményezhetné.

### A SZAKMAI KONCEPCIONÁLIS ALAPOK HIÁNYÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁK

#### Egészségfejlesztési tervezés, mint stratégiai tervezési feladat

Az egészségterv jellegéből adódóan ugyan egészségvédelmi céllal fogalmazódik meg, de kidolgozása módszertani szempontból stratégiai tervezési feladatot jelent. Amennyiben az egészségterv a településre, mint szintérré érvényesen fogalma-

zódik meg, úgy a kidolgozás során jellemzően a területi tervezés szakmai alapvetései kellene, hogy érvényesüljenek. A területi tervezés egyik meghatározó alapelve a különböző területi szintekre érvényes tervek hierarchikus kapcsolata.<sup>11</sup>

A különböző területi szinten megjelenő tervek viszonylatában szükséges, hogy az egyes szintek tervei egymásra épüljenek, továbbá, hogy azok a kapcsolódási pontok is megjelenjenek, amelyek az eltérő szektorok közötti együttműködések alapját jelentik. A kapcsolódási pontok meghatározásánál döntő szerepe van annak a hierarchiának, amelyben a területi tervezés megjelenik. Ez a viszonyrendszer szükségszerűen kétirányú, mivel a „fölről lefelé irányuló hatások, az elvek és a célok érvényesítése az ágazati tervekben és a térségi, valamint a nemzeti terv közvetlen kapcsolatban jelenik meg, ami aztán végigfolyik a funkcionális és a területi rendszeren, eljutva a legkisebb területi tervezési egységig. Az alulról fölfelé irányuló információk a területrendszeren áramlanak felfelé, illetve azzal, hogy a település, a kistérség, a térség egymásra utaltak, azok között célorientált kapcsolatok vannak.”<sup>12</sup> (188. o.) A nemzeti szintű tervek az országos ágazati szakpolitikai, és átfogó fejlesztési irányokat jelölik ki, míg a regionális szintű tervek a régiók és a szubrégiók elképzeléseit jelenítik meg. A városi szakpolitikai tervek – így az egészségterv is – a helyi szintű tervezés körébe tartoznak. A városi szintű tervezés során elsődleges szerepet kap a közsférán belüli stratégiai tervezés, mivel „ez a megközelítés alkalmas arra, hogy a folyamatosan változó környezet impulzusaira válaszolva mindig megújuló megoldásokat kínáljon”.<sup>13</sup> (125. o.)

#### A városi egészségfejlesztési tervezéshez szükséges koncepcionális és módszertani alapok hiánya

A hazai területi tervezést tekintve számos ágazat esetén rendelkezésre állnak a különböző területi szintekre érvényes tervek, koncepciók, stratégiák, ezáltal a tervezési hierarchia keretei adottak. A népegészségügy – és így az egészségfejlesztés – területét illetően ez a tervezési keretrendszer hiányzik. Ennek elsődleges oka, hogy hosszú idő óta nincs olyan országos szintű népegészségügyi program, koncepció, stratégia, amely a tervezési hierarchia csúcsán lévő szakpolitikai iránymutatás-ként legalább középtávon egységes koncepcionális

alapot és orientációt jelentene az alacsonyabb területi szinteken készítendő tervek kidolgozásához. A probléma sajnálatos módon nem új keletű. Az elmúlt mintegy négy évtized időszakából mindössze egyetlen olyan népegészségügyi program<sup>14</sup> említhető, amely csaknem egy évtizeden keresztül 2003-2011 között érvényben tudott lenni. Az ezt követő időszakot tekintve a parlament által elfogadott országos népegészségügyi, egészségvédelmi, avagy egészségfejlesztési program hiányzik.

A magyar kormány a népesség egészségi állapotának javítását célzó országos szintű szakpolitikai dokumentumként 2011-ben elfogadta a Semmelweis Tervet.<sup>15</sup> E koncepcionális dokumentum azonosította az egészségügyi ágazat strukturális és funkcionális problémáit, felvázolta a kitörési pontokat, prioritási sorrendet alkotott a fejlesztési irányok között. Az egészségügy ágazati stratégiájaként került elfogadásra 2015-ben az „Egészséges Magyarország 2014-2020”<sup>16</sup> stratégia. Az említett dokumentumok az egészségügyi ellátórendszer tekintetében egyértelműen meghatározóak és hiánypótlók, azonban nem népegészségügyi programok.

A célzottan a népegészségügy feladatrendszerével kapcsolatos nemzeti program kidolgozását illetően is számos hír jelent meg a közelmúltban. A Népegészségügy című szakfolyóirat legutóbbi számában közreadta a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének szakértői által „Nemzeti Népegészségügyi Program 2018-2030” címmel kidolgozott tervezetet.<sup>17</sup> Mégis, jelenleg nincs érvényben olyan országos szintű népegészségügyi szakpolitikai dokumentum, amely a tervezési hierarchia alacsonyabb fokain készülő tervek számára iránymű lenne. Ez a helyzet a járási egészségterv-készítési kötelezettségnek való megfelelést is gátolja.

A tárgyalt törvénynek való megfelelést szintén gátolja, hogy jelenleg nincs érvényben olyan végrehajtási rendelet, amely az egészségterv készítéssel kapcsolatos kötelező vagy opcionális módszertani kereteket meghatározná, valamint a szakmaitársadalmi elvárásokat és egyéb szükséges tudnivalókat a kötelezettek számára egyértelműsítene. Az elmúlt két évtizedben számos hazai és nemzetközi szakirodalmi forrás<sup>18,19,20,21,22,23,24</sup> jelent meg a különböző helyi szintű egészségtervek módszertanának ismertetését célozva. Ugyanakkor a helyi



tervezést és cselekvést megalapozó hivatalos és legitim szakmai iránymutatás mindezen tudás és ismeret hozzáférhetősége ellenére is hiányzik.

### ÖSSZEGZÉS

A járási egészségterv-készítés törvényi kötelezettségének teljesítésével kapcsolatosan összegzőként megállapítható, hogy mindaddig, amíg a tanulmányban részletezett problémák fennállnak, nem

várható, hogy a járásszékhely önkormányzatok képesek legyenek eleget tenni e kötelezettségüknek. Így az az úttörő szerepvállalás, ami Magyarország esetén a helyi egészségvédelem tekintetében szándék szintjén megjelent, nem lehet képes arra, hogy a lakosság egészségi állapotát befolyásoló társadalmi-gazdasági-környezeti tényezőket az egészségtervezés módszerében rejlő lehetőségeket teljes egészében kihasználva alakítsa, és így a lakosság egészségi állapotának javulását szolgálja.

### HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Statistical Office of the European Union. Mortality main tables <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/main-tables> (elérve: 2019. 03. 20.)

<sup>2</sup> Központi Statisztikai Hivatal. Népeség, népmozgalom (1900–) [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_hosszu/h\\_wdsd001b.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001b.html) (elérve: 2019. 03. 20.)

<sup>3</sup> Központi Statisztikai Hivatal. Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor (2001–) [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wdsd008.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html) (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>4</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 152/B. §-a módosítása. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>5</sup> 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100189.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>6</sup> Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) F) cikke <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV> (elérve: 06. 12.)

<sup>7</sup> 2004. évi CVII. törvény a települési önkormányzatok többcéltű kistérségi társulásáról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400107.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>8</sup> 2004. évi CVII. törvény a települési önkormányzatok többcéltű kistérségi társulásáról 1. §. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400107.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>9</sup> 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 87. §. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400107.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>10</sup> Magyarország Alaptörvénye 34. §. (1)-(2) bekezdések <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>11</sup> Rechnitzer J. Lados M. A területi stratégiáktól a monitoringig. Dialóg Campus Kiadó, 2004

<sup>12</sup> Rechnitzer J. Területi stratégiák. Dialóg Campus, Budapest-Pécs, 1998

<sup>13</sup> Faragó L. A jövőalkotás társadalom-technikája. Dialóg-Campus, Budapest-Pécs, 2005

<sup>14</sup> Országgyűlési határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról 46/2003. (IV. 16.)

<sup>15</sup> Nemzeti Erőforrás Minisztérium. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Budapest, 2011. <https://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%20Terv%20az%20eg%20C3%A9szs%20C3%A9g%20C3%BCgy%20megment%20C3%A9s%20-%20Szakmai%20konceptci%20C3%B3.pdf> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>16</sup> Emberi Erőforrások Minisztériuma. „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi ágazati stratégia. Budapest, 2014. [https://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%20C3%A9szs%20C3%A9ges\\_Magyarors%20C3%A1g\\_e%20C3%BC\\_strat%20C3%A9gia\\_.pdf](https://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%20C3%A9szs%20C3%A9ges_Magyarors%20C3%A1g_e%20C3%BC_strat%20C3%A9gia_.pdf) (elérve: 2019. 06.12.)

<sup>17</sup> Nemzeti Népegészségügyi Program 2018-2030. Szakpolitikai stratégiai tervezet.

Népegészségügy 97:(1) pp. 5-109, 2019

<sup>18</sup> City health planning: the framework. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996

<sup>19</sup> A working tool on City health development planning – Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001

<sup>20</sup> Füzési Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. OEFI. Budapest, 2004  
<http://regi.oefi.hu/modszertan4.pdf> (elérve: 2019. 06. 12.)

<sup>21</sup> De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006; 3:(1) pp. 41-46.

<sup>22</sup> Szőke K. Fenntartható települési egészségtervek. Egészségfejlesztés 2010; 11:(3) pp. 12-16.

<sup>23</sup> Green G. [Intersectoral Planning for City Health Development](#). Journal of Urban Health. 2012; 89(2) pp. 247–257. doi: [10.1007/s11524-011-9642-x](https://doi.org/10.1007/s11524-011-9642-x)

<sup>24</sup> Girán J, Östör A, Varga M. A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés 2018; 59: 3 pp. 7-16., doi: [10.24365/ef.v59i3.307](https://doi.org/10.24365/ef.v59i3.307)

# A tervezett települési egészségvédelmi és egészségfejlesztési tevékenység egy víziója

A vision of planned actions for community health protection and promotion

Szerző: Girán János ✉

*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet*

Beküldve: 2019. 06. 08.

doi: 10.24365/ef.v60i3.485

**Összefoglaló:** Az egészségterv kidolgozása és végrehajtása jól reprezentálja az egészségvédelem és az egészségfejlesztés terén megnyilvánuló tervezett cselekvés szándékát. Az egészségtervezés elnevezés azonban számos megközelítést, módszert és eljárást takar. Ugyanakkor az azonos elnevezés nem garantálja az azonos minőségű szakmai tartalmat. Emiatt szükséges tehát az egészségtervezés egységes alapokra helyezése. Az azonos egészségtervezési szakmai standardok biztosításához szükséges az ágazati szakminisztérium által létrehozott vagy kijelölt szervezet közreműködése. Ezáltal az egységes szakmai alap garantálható lehet, és így az egészséghez való jog mindenki számára egyaránt érvényesülhet.

**Kulcsszavak:** tervezett települési egészségvédelem és egészségfejlesztés; vízió

**Summary:** Developing and implementing a health plan is a proper demonstration of the intended actions in the field of health protection and health promotion. However, under the name 'health planning', there are many different approaches, methods, and procedures available. Even though the identical name does not guarantee the same quality of professional content. Therefore, health planning should be placed on a standard professional basis. To ensure the same professional standards of health planning, the involvement of an organization established or appointed by the sectoral ministry is required. By doing so, a standard professional base can be guaranteed and the right to health can apply to everyone.

**Keywords:** planned health prevention and promotion actions on settlements; vision

## A TERVEZETT TELEPÜLÉSI EGÉSZSÉGVÉDELMI CSELEKVÉS RELEVANCIAJA

Egy településen az egészségvédelem és az egészségfejlesztés érdekeit számos kezdeményezés szolgálhatja. Ezek között lehetnek olyanok, amelyek részei valamely szakpolitikai ágazat cselekvési tervének, illetve amelyek adott lehetőséget kihasználva spontán módon szerveződnek. Mindkét megoldásnak megvan a maga előnye és relevanciája, azonban a tervezett tevékenység rendszerint a folyamatos aktivitás szándékát és az ehhez

szükséges szakmai, döntéshozatali és forrásallokációs elköteleződést is magába foglalja.

Az egészségterv kidolgozása és végrehajtása jól reprezentálja az egészségvédelem és az egészségfejlesztés feladataival összefüggően tervezett cselekvés szándékát. Jó hír, hogy a települési egészségtervezés Magyarországon létező gyakorlatként működik, mi több, a járásszékhely települések esetében a járási egészségterv kidolgozása törvényi kötelezettséget jelent. Mindazonáltal az egészségtervezés elnevezés számos megközelítést, módszert és eljárást takar. Az azonos elnevezés azonban nem

garantálja az azonos minőségű szakmai tartalmat. Az azonos minőségű szakmai tartalom hiányában nem várható el, hogy az egészséghez való jog az ország minden településén ugyanolyan módon érvényesülhessen. Mindebből következően a települési egészségtervezés feladatával összefüggésben olyan rendszer kialakítása szükséges, amely azonos módszertan alkalmazásával egységes szakmai minőséget biztosít minden hazai község és város lakója számára, hogy az egészséghez való jog mindenütt azonos módon érvényesülhessen.

### A TERVEZETT TELEPÜLÉSI EGÉSZSÉGVÉDELMI CSELEKVÉS EGY PÉLDÁJA

Az egészség védelmét is célzó települési tevékenységeket vizsgálva több olyan feladat említhető, amellyel kapcsolatban az egységes tervezési gyakorlat már megvalósulhatott. Példaként szolgálhat a települési stratégiai zajtérképek – és a kapcsolódó intézkedési tervek – készítésének kötelezettsége.

A települési stratégiai zajtérkép készítésének kötelezettségét önálló jogforrás írja elő minden 100 ezer főt meghaladó lélekszámú település esetén.<sup>1</sup> A kötelezettség végrehajtásával kapcsolatos módszertani és egyéb alapvetések meghatározásáról ugyancsak önálló jogforrás rendelkezik.<sup>2</sup> A stratégiai zajtérképek elkészítésének feladatát az ágazati miniszter által kijelölt szakmai szervezet végzi.<sup>3</sup> Ez a rendszer képes biztosítani a feladat ellátásához szükséges szakmai háttérrel, így garantálja minden város esetében az azonos minőségű szakértelem rendelkezésre állását. Ezen túlmenően biztosítja a célok elérését, így a feladat elvégzésére kötelezett településeket hozzásegíti az előírások teljesítéséhez. Továbbá megkönnyíti a szolgáltató kiválasztását, és a szakmai teljesítés minőségi problémáiból adódó jogviták és egyéb problémák előfordulási esélyét minimalizálja. A megvalósított feladatok legnagyobb haszonélvezői végezetül az adott település lakói lesznek, mivel a cselekvési terv végrehajtása a zaj- és rezgésterhelés csökkenését, ezáltal a helyi lakosok egészségkockázatainak mérséklődését, valamint az életminőségük javulását eredményezi.

### A TERVEZETT TELEPÜLÉSI EGÉSZSÉGVÉDELMI ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉG EGY VÍZ-ÓJA

A stratégiai zajtérképkészítés feladata ugyan összefüggésben áll az egészségvédelmi feladatokkal, de elsősorban a környezeti kockázatok felől értelmezett közelítésben. Ezen túlmenően a zaj- és rezgésterhelés csökkentése egyaránt szolgálja a vagyoni, műemlékvédelmi, épített örökségvédelmi érdekeket és számos gazdasági érdeket. Amennyiben az intézkedések fókuszában elsődlegesen a települési egészségvédelmet és egészségfejlesztést szolgáló tervezett cselekvések állnak, úgy megoldás lehet, ha

- a jelenleg már érvényben lévő járási egészségterv készítésére vonatkozó törvényi kötelezés oly módon kerül átdolgozásra, hogy a feladat címzettjeként ne a járás, mint hivatali hatáskört kijelölő, de öngazgatási funkcióval nem rendelkező területi egység értelmeződjön, hanem a járási szinten szervezett önkormányzatok társulásba rendezett közössége kerüljön megjelölésre, avagy bizonyos lélekszám fölött a település önállóan váljon kötelezetté;<sup>1</sup>
- megfogalmazásra kerül olyan átfogó, a szakmapolitikai tervezési hierarchia legmagasabb szintjét jelentő ágazati stratégia – nemzeti népegészségügyi program – amely minden, a tervezési hierarchia alsóbb szintje számára célrendszerét és prioritásait tekintve igazodásként szolgálhat;
- létrehozásra kerül egy szakértői szervezet, amely szakmai-minőségi standardok meghatározásával és betartásával
  - a helyi egészségtervezéshez alkalmazandó egységes módszert kidolgozza;
  - a helyi egészségterveket a kötelezettek általi finanszírozás felhasználásával elkészíti;
  - a helyi egészségfejlesztési irodák munkatársai számára az egészségtervezésről és a tervben foglaltak

<sup>1</sup> E problémát részletesen az ebben a különszámban megjelent „Észrevételek a járási egészségterv-készítés aktuális törvényi kötelezettségével kapcsolatban” című közlemény tárgyalja.

- megvalósításának elősegítéséről képzéseket szervez;<sup>ii</sup>
- a helyi döntéshozók és a polgármesteri hivatali apparátus tagjai számára az „Egészség minden szakpolitikában” és az „Egységes kormányzás” koncepciókról, valamint az egészségtervezésről és a tervben foglaltak megvalósításának elősegítéséről képzéseket szervez;<sup>ii</sup>
  - megfogalmazásra kerül az a végrehajtási rendelet, amely az előbbi javaslatokat is figyelembe véve az egészségterv-készítés módszerét, kötelezettségét, kidolgozóját és a végrehajtásához rendelkezésre álló szakmai támogató szervezetet megjelöli.

A szakértői szervezet közreműködésére alapozott feladatmegoldási modell az elmúlt évtizedekben bár nem szakminisztérium által szervezeten, de igazoltan működött. Ezt a megoldást alkalmazta

egyrészt a pécsi Fact Alapítvány községi egészségtervek készítésekor, másrészt az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége a városi egészségfejlesztési tervek készítésekor. Az első esetben a tervezési és a megvalósítási munkák végrehajtására magánalapítványi pályázati támogatás biztosította a lehetőséget.<sup>iii</sup> A második esetben a szövetségi tagsággal vállalt önkéntes kötelezettség jelentette a tervezés és a megvalósítás alapját.<sup>iv</sup> A közös jellemző azonban mindkét esetben az, hogy minden érintett település számára egyazon szervezet, szakmailag azonos alapokon nyugvó módszer alkalmazásával segítette a terv elkészítését és megvalósítását. Az országosan egységes és minden település vagy településcsoport számára elérhető azonos egészségtervezési szakmai standardok biztosításához az ágazati szakminisztérium által létrehozott, vagy kijelölt szervezet közreműködése szükséges. Ezáltal az egységes szakmai alap garantálható lehet, és így az egészséghez való jog mindenki számára egyaránt érvényesülhet.

## HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> 280/2004. (X. 20.) Kormányrendelet a környezeti zaj értékeléséről és kezeléséről

<sup>2</sup> 25/2004. (XII. 20.) KVM rendelet a stratégiai zajtérképek, valamint az intézkedési tervek készítésének részletes szabályairól

<sup>3</sup> A stratégiai zajtérképek készítését jelenleg az Agrárminisztérium, mint ágazati minisztérium által kijelölt szakmai szervezet, a Minisztérium kizárólagos tulajdonában lévő Herman Ottó Intézet Nonprofit Kft. végzi.

<http://www.hermanottointezet.hu> (elérve: 2019. 06. 06)

---

<sup>ii</sup> E témához kapcsolódóan javaslom a Vitrai József által jegyzett „Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani” című vitaindítót tanulmányozni.

<http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=461&path%5B%5D=pdf> (elérve: 2019. 06. 04)

Az „Egészség minden szakpolitikában” és az „Egységes kormányzás” koncepciókat az ebben a különszámban megjelent „Az egészséget támogató közpolitika és az egészségtervezés néhány összefüggése” című közlemény tárgyalja.

<sup>iii</sup> E helyzetet részletesen az ebben a különszámban megjelent „Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon” című közlemény tárgyalja.

<sup>iv</sup> E helyzetet részletesen az ebben a különszámban megjelent „A WHO Európai Egészséges Városok programja Magyarországon” című közlemény tárgyalja.

## Cikkismertetés: Az ausztrál multiszektorális egészségügyi rendszerben feltárt egészségfejlesztést befolyásoló tényezők ok-okozati kölcsönhatásának diagramábrázolása

Article review: The loop diagram of causal interaction of factors that influence health promotion in the Australian multisectoral health system

Ismertető: Devosa Iván ✉  
*Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar,  
Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport*

Ismertetett cikk: Littlejohns LB, Baum F, Lawless A et al.: The value of a causal loop diagram in exploring the complex interplay of factors that influence health promotion in a multisectoral health system in Australia. *Health Research Policy and Systems* 2018 Dec 29;16:126  
doi: [10.1186/s12961-018-0394-x](https://doi.org/10.1186/s12961-018-0394-x)

Beküldve: 2019. 04. 05.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.451

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés; multiszektorális egészségügyi rendszer; komplex rendszerben gondolkodás; kölcsönhatás

**Keywords:** health promotion; multisectoral health care system; thinking in a complex system; interaction

### HÁTTÉR

A szerzők megállapítják, hogy jóllehet az egészségfejlesztés témakörében születő empirikus tanulmányok a komplex rendszerszemlélet alkalmazását igénylik, ennek ellenére nagyon kevés példa van erre. Jelen tanulmány célja, hogy komplex rendszer-megközelítést alkalmazzon a legfontosabb tényezők vizsgálatára, melyek befolyásolták az egészségfejlesztés politikáját és gyakorlatát az ausztrál multiszektorális egészségügyi rendszerben.

### MÓDSZER

A kvalitatív kutatás kivitelezéséhez a szerzők olyan mérési-értékelési sémát fejlesztettek ki, mely az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) elvei alapján (vezetés és irányítás,

finanszírozás, munkaerő, szolgáltatások és információk vonatkozásában) az egészségfejlesztés céljait és stratégiáit is tartalmazta. A vizsgálat tárgya az ausztrál multiszektorális egészségügyi rendszer volt, amelyben az egészségfejlesztés támogatásának szisztémáját is részletesen elemezték a kutatók. Ezen belül feldolgozták mind a 20 ausztrál tagállam kormányzati stratégiai dokumentumait, illetve 53 különböző egészségügyi szolgáltatóval készítették részletes interjúkat. Az így nyert kulcsfontosságú eredmények alapján a szerzők megállapították az ok-okozati tényezőket, és megrajolták a visszacsatolási hurkot. A szerzők végezetül ok-okozati hurokdiagramot hoztak létre, mely alkalmas az egészségfejlesztés politikáját és gyakorlatát befolyásoló multiszektorális egészségügyi rendszerben található visszacsatolási hurkok komplex megjelenítésére. [1. ábra]

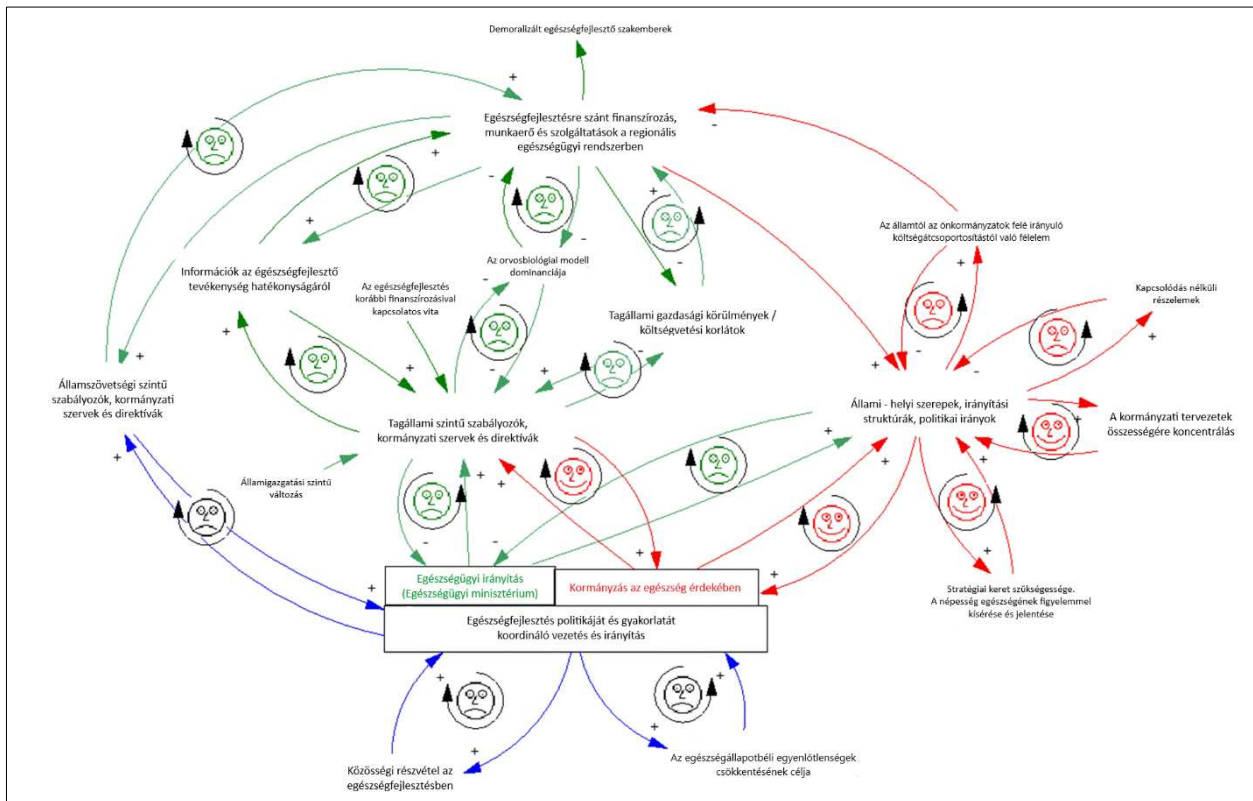


EREDMÉNYEK

A multiszektorális egészségügyi rendszer bonyolultságát jól illusztrálta az egészségfejlesztés politikáját és gyakorlatát befolyásoló számos faktor jelenléte. Az ok-okozati hurok diagramjában a visszacsatolási mechanizmusok többsége gátló jellegű volt, azaz

gátolják az egészségfejlesztő tevékenység hatékony megvalósítását. Szerencsére voltak olyan tényezők, amelyek megkönnyítették az egészségfejlesztés folyamatát, ezeket fel lehetne használni az egészségfejlesztés további területekre való kiterjesztése során. [1. ábra]

1. ábra: Ok-okozati diagram



Forrás: Eredeti cikkben található ábra, fordítással

Kiemelt jelentőséggel bír:

- a közösségek (önkéntes) részvétele az egészségfejlesztésben
- az államszövetségi-állami-helyi irányítási struktúrák és politikai irányok támogatóvá alakítása
  - o államszövetségi és állami szinten az egészségfejlesztésre szánt anyagi források megtartása vagy emelése
  - o túlzott hivatali bürokrácia csökkentése
  - o biomedikális szemlélet visszaszorítása
  - o helyi szinten a közösségi szervezetek támogatása, külső források bevonása

- o egészségügyi rendszerhez való hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentése.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az ok-okozati hurokdiagram létrehozása lehetővé tette az ausztrál komplex egészségügyi rendszer tulajdonságainak megjelenítését, emellett kiemelte azokat a speciális beavatkozási pontokat, amelyeken keresztül az egészségfejlesztés politikája és gyakorlata javítható helyi, állami és államszövetségi

szinten. A dokumentum rámutat az egészségfejlesztés szervezésének és irányításának kritikus fontosságú pontjaira, és javaslatokat tesz ezek bevezetésére az államigazgatás és a multiszektorális egészségügyi rendszer minden szintjén.

### TANULSÁGOK HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A magyar rendszer ugyan jelentősen különbözik az ausztráltól, mégis tanulásként szűrhetjük le, hogy a hatékony egészségfejlesztő tevékenység megvalósítása elképzelhetetlen a politikai és gazdasági erők támogatása nélkül. Hazánkban szintén problémaként jelenik meg az alulfinanszírozottság, a biomedikális modell túlsúlya, a túl sok bürokratikus feladat, illetve a helyi közösségek szervezetlen és nem összehangolt egészségügyfejlesztő tevékenysége. Az egyre aktívabbá váló Egészségfejlesztési Irodák (EFI-k) valószínűsíthetően sok problémára megoldást nyújtanak majd, azonban hasznos lenne a fentiekhez hasonló felmérés lefolytatása, hogy feltárjuk a hazai egészségfejlesztés szervezésében és irányításában a kritikus fontosságú pontokat.

### KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a publikálás támogatásáért, amely az EFOP-3.6.1-16-2016-00006 „A kutatási potenciál fejlesztése és bővítése a Neumann János Egyetemen” pályázat keretében valósult meg. A projekt a Magyar Állam és az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával, a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

# Cikkismertetés: Népegészségügy és politika

Article review: Public health and politics

Ismertető: Csizmadia Péter ✉  
*Nemzeti Népegészségügyi Központ*

Ismertetett cikk: Political analysis in public health: middle-range concepts to make sense of the politics of health SL Greer MPM Bekker N Azzopardi-Muscat M McKee, *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue suppl\_3, November 2018, Pages 3–6, doi:[10.1093/eurpub/cky159](https://doi.org/10.1093/eurpub/cky159).

Beküldve: 2019. 02. 01.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.417

**Kulcsszavak:** népegészségügy; politika; szakpolitika

**Keywords:** public health; politics; policy

Nemrégiben jelent meg a *European Journal of Public Health* különszáma, amelyet a népegészségügy és a politika kapcsolatának szenteltek. A következőkben a lapszám bevezetésében bemutatott gondolatokat ismertetjük.<sup>1</sup>

A népegészségügy és a politika ugyanazon érme két oldala. A „köz” és az „egészség” szavak kombinálása<sup>i</sup> egyértelmű nyilatkozat arról, hogy az egészség csak az összehangolt cselekvéssel érhető el, sok embernek együtt kell dolgoznia egy közös cél érdekében. Ennek felismerése azonban rögtön kérdéseket vet fel: Hogyan történjen a közös tevékenység? Az önkéntes, közös érdeklődésű csoportosulások révén, amelyekhez az emberek szabadon csatlakozhatnak vagy távozhatnak, amikor akarnak? Vagy állami feladatnak kell tekinteni, amely a törvényekkel szabályozza, és előírja a kötelezettségeket?

Az ehhez hasonló kérdések, mint például az egyén és az állam közötti viszony, valamint a hatalom és az

erőforrások megoszlása a társadalomban, a politikatudomány középpontjában állnak.

De ezek a témák az egészség javítása érdekében tett erőfeszítések esetében is fontos szerepet játszanak. Gyakorta, a politikától való félelem miatt inkább egy szűk, de vitathatatlanul könnyebb technokratikus megközelítést használunk, amely kiemeli, hogy bizonyítékokon alapuló cselekvés szükséges, anélkül, hogy a megvalósítás lehetséges módozatait számba venné, és elmarad a megfelelő végrehajtási stratégia kidolgozása is.

A cikksorozat mottója: „A filozófusok a világot csak különbözőképpen értelmezték; de a feladat az, hogy megváltoztassuk”.<sup>ii</sup> A politikatudomány eredményeire építve elvárás elérni a népegészségügy céljait, a társadalom egészségének a javítását, nem csak a betegségek diagnosztizálását. Felidézük Virchow írásait, aki a 19. századi sziléziai tífuszjárvány okozta halálozásokat az arisztokrácia egyház által támogatott hatalmának tulajdonította.

<sup>i</sup> Az angol public health kifejezés magyar megfelelője a népegészségügy. Hazánkban a közegészségügy szót általában a tradicionális (pl. környezetegészségügy, település-egészségügy) és nem tradicionális közegészségügyre (az angolban gyakran new public health-ként említik, amely túllép a higiénés tényezőkön és a társadalmi-gazdasági meghatározókat helyezi előtérbe) használják. Figyelembe kell venni, hogy Magyarországon megkülönböztetünk népegészségügyet és népegészségtant, ugyanígy közegészségügyet és közegészségtant is, melyeket az angolban egyöntetűen public healthként jelölnek.

<sup>ii</sup> Karl Marx: Tézisek Feuerbachról.

Napjainkban Bambra illetve De Leeuw és munkatársai népegészségügyi szakembereknek tették fel a kérdést, milyen választási lehetőségei és eszközei vannak a népegészségügynek az adott politikai intézményrendszeren belül, amelyben élünk. Igyekeztek hangsúlyozni, hogy a politika és a népegészségügy kapcsolatában nincs „egy minden esetre alkalmas” megközelítés, a népegészségügy politikai stratégiájának az egyedi körülményekhez kell igazodnia.

A politika szerepének felvetése a jelenlegi politikai zavarok, bizonytalanság idején nagyon fontos, hiszen jelentős kockázatokkal kell számolni számos kérdésben, beleértve az egészséget, különösen akkor, amikor az olasz kormány például visszavonta az elődje által hozott határozatot a kötelező a gyermekkorú immunizálásról, vagy amikor az osztrák kormány ejtette az előző kormányzat terveit a dohányzási tilalom bevezetésére vonatkozóan a nyilvános helyeken, de a brexittel, az Egyesült Királyság is olyan politikát folytat, amely komoly károkat okozhat az egészségügyi rendszerben. Mindezen esetekben népegészségügyi szakemberek összegyűjtötték és bemutatták a bizonyítékokat, eredmény nélkül.

Napjainkban, amikor a politika eltér a 20. században megszokott fő irányoktól, amikor periférikus mozgalmak válnak kormányerőkké és a hagyományos pártok elfordulnak az addig rájuk jellemző értékektől, amikor közvetlenül érzékelhető a politikai „változások szele”, elkerülhetetlen a népegészségügy és a politika viszonyának újra feltérképezése.

Remélhetőleg a politika veszélyei mellett néhány lehetőséget és a demokratikus viszonyokat erősítő eszközöket is bemutatathatunk. A politika nagyon rosszul csengő szó, de sokat kínálhat, ha tudjuk, hogyan működik.

A politika működésének megértése által képesek lehetünk professzionálisan, azaz a politikatudomány eredményeinek ismeretében olyan támogató struktúrákat létrehozni, amelyek elősegítik a népegészségügy értékeinek és prioritásainak érvényre jutását a társadalomban létező más értékek és prioritások között. Ebből az következik, hogy sürgősen ki kell lépünk a népegészségügyi szakmai közösségből egy tágabb és különösen „ellenséges” környezetbe, felfedezve és kiépítve új együttműködési lehetősé-

geket. Ehhez felhasználhatók a döntéshozókkal létesített szakmai kapcsolatok, amelyek lehetővé teszik egy befogadó környezet kialakítását a népegészségügy számára. Ehhez szükség van egyfajta rugalmas és pragmatikus gondolkodásmódra, ugyanakkor ragaszkodva a saját szakmai értékekhez, szakértelemhez. Ezekkel a módszerekkel hatékonyan gyakorolhatjuk befolyásunkat, és más szakterületeket, szektorokat is támogathatunk racionális és hatékony döntések meghozatalában.

Csaknem két évtizeddel ezelőtt a *The Lancet* szerkesztősége elindított egy vitát a népegészségügyi szakemberek körében, amely még most is zajlik. Kijelentették, hogy a népegészségügy utat tévesztett, mivel az epidemiológusok az egyéni megbetegedések molekuláris és genetikai okait kutatják, egyre szűkebb területre összpontosítva, figyelmen kívül hagyva a betegségek terheit meghatározó *upstream*<sup>iii</sup>, társadalmi tényezőket. Ugyanakkor rámutattak arra is, hogy a szélesebb perspektíva komoly kihívásokat is jelent, megemlítve azokat az óriási nehézségeket, amely ezeknek a tényezőknek a felkutatásakor, kezelésekor jelentkeznek.

Néhány vezető közegészségügyi és járványügyi szakértő részt vett a vitában. A lényegét a Beaglehole és Bonita érvelése tartalmazta, hogy „sok epidemiológus számára a társadalmi tényezők tanulmányozása túlságosan politikai jellegűnek tűnt... Az epidemiológiának szükséges a szakpolitikával való kapcsolatának megerősítése és a tudományos elszigeteltségből való kilépés”.

Válaszul Rothman és munkatársai keltek az epidemiológusok védelmére, egy határozott nemmel válaszolva meg azt a kérdést, hogy „Vajon az epidemiológia céljai között szerepel a szegénység felszámolása?”, kiemelve a változó társadalom kihívásait és a kockázati tényezők epidemiológiájának fontosságát.

Pearce válaszában azzal érvelt, hogy „az a döntés, hogy a népesség szocioökonómiai jellemzőit nem mérlegeljük, önmagában politikai”.

Mára az érvek jelentősen megváltoztak. Anno Rothman és kollégái azzal érveltek, hogy „Az egyének sokat tehetnek közvetlenül az egészségük érdekében - a nem biztonságos szexről kapott információk meggyőzhetik az embereket, hogy megváltoztassák szexuális szokásaikat; a dohányzás

<sup>iii</sup> Lásd Egészségfejlesztés Ismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást? Évf. 59, Szám 4 (2018)

veszélyeiről kapott tájékoztatás motiválja a dohányosokat, hogy feladják káros szenvedélyüket". Most széles körben elfogadták, hogy az információ ritkán elégséges ahhoz, hogy viselkedésváltozáshoz vezessen.

Sokkal több tudással rendelkezünk az ismert kockázati tényezők és a betegségek mintázatairól, valamint a mindkettőt befolyásoló tényezőkről. Az egészséget meghatározó társadalmi tényezők (*social determinants of health*) koncepciójának kialakítása már megtörtént, a közelmúltban pedig a determinánsok közé már politikai és kereskedelmi tényezők is bekerültek. Így például a só szív- és érrendszeri betegségekben betöltött szerepét taglaló tanulmányok mellett a Lancet nemrégiben publikált írásokat az Egyesült Királyság Európai Unióból való kilépésének egészségügyi hatásairól, és a Trump-kormányzat egészséget befolyásoló intézkedéseiről.

Természetesen, bizonyos értelemben egyikben sincs újdonság. 1848-as jelentésében a sziléziai tífuszjárványról, Rudolf Virchow patológus döbbenet számolt be, hogy az arisztokrácia által elnyomott lakosság, „csendben éhen hal”. A megoldási javaslata tisztán politikai volt, „Teljes és korlátlan demokrácia”. Emellett egy listát készített, amelyben felsorolta azokat a dolgokat, amelyek megakadályozzák az ilyen tragédiák újbóli bekövetkeztét, beleértve a tisztességes adókat és a munkavállalói jogok biztosítását. Amit nem tett meg, az az, hogy nem dolgozta ki, hogyan lehet ezeket megvalósítani. Itt Rothmannak és munkatársainak igaz van. Még akkor is, ha tudjuk mit kell tenni, és itt a nukleáris fegyverek leszerelésének példáját idézik, a népegészségügyi szakemberek tehetetlenek.

Ám van számos példa arra, hogy a népegészségügy képes volt változásokat előidézni, mint például a nyilvános helyeken történő dohányzás tilalma, vagy a magasabb adók kivetése az alkoholra, esetleg a közúti közlekedésbiztonsági intézkedések bevezetése. Néha sikerül, néha nem. És a sikertelenség oka gyakran politikai jellegű. Egy szóval a cél, hogy a népegészségügyi szakemberek megértsék a munkájuk politikai vetületét.

## A POLITIKAI ELEMZÉS KULCSFONTOSÁGÚ ESZKÖZEI A NÉPEGÉSZSÉGÜGY SZÁMÁRA

Számos nyilvánvaló kockázattal jár a politika megjelenése a népegészségügyi kutatásban és cselekvésben. Az első aggodalmak a tudomány autonómiájának megőrzését érintik. Egyrészt, a munka értéke gyengülhet, vagy kikezdehető, ha egy politikai párthoz vagy szándékhoz köthető. Másrészt, és ez ugyanolyan problémás, a politika hatásának figyelmen kívül hagyása, vagy a nihilista ragaszkodás a „mindegyik egyforma” lózunghoz. Nem azok. Mi történik, ha egy kutatás úgy találja, hogy egy adott politikai erő által javasoltak közvetlenül és kedvezőtlenül befolyásolják az egészséget? Nehéz elkerülni a részrehajlást ilyen körülmények között. Azok a dolgok, amelyeket valamikor magától értetődőnek tartottak, mint például a rabszolgaság, vagy a női választójog megtagadása, mára már nem azok. Ha valaki ellenezte ezeket, könnyen lehetett politikai elfogultsággal vádolni. Lehetséges a megfelelő keretek és diskurzus segítségével befolyásolni, megváltoztatni a létező normákat az Overton-ablaként<sup>iv</sup> nevezett jelenség révén.

<sup>iv</sup> Az Overton- vagy közbeszédi ablak a nézeteknek azt a halmazát tartalmazza, amelyet a politikai vitatérben az épp tolerálhatótól a politikai főirányig alkalmazni lehet a vitatkozó kiközösítésének veszélye nélkül. Az ablakot az elmélet kifejlesztőjéről, Joseph P. Overtonról (1960–2003) nevezték el. Ezt az ablakot azonban bizonyos nézetek folyamatos (lehetőleg akadémiai szintű) történő propagálásával el lehet tolni a nyomásgyakorló csoportoknak megfelelő irányba.

Szakpolitikai kérdések esetében általában meghúzzhatunk egy olyan, képzeletbeli egyenest, amelynek két végpontján az adott kérdésre vonatkozó extrém állítások találhatóak. Így az egyenes különböző pontjaihoz hozzárendelhetők az egyes, kevésbé szélsőséges megoldások. Vegyük például a közösségi közlekedés állami támogatásának napjainkban oly népszerű témáját. Az egyik végpont az az állítás található, hogy annak minden költségét az államnak kell fedeznie; a másikon meg az, hogy az államnak semmilyen támogatást nem szabad adnia, fizessen mindent az utas. A valóságban felbukkanó megoldások és vélemények többnyire e két végpont között szóródnak. De nem véletlenszerűen! Ezt ismerte fel Joseph Overton politológus, amikor definiálta azt az ablakot, ami e képzeletbeli egyenesen kijelöli a "lehetséges", "reális", "valóságos" alternatívák szeptétét. Azt, amit a média és a közbeszéd is komolyan vehetőként kezel. A modern politika egyik közhelyes állítását, miszerint "a médián kívül nincs politika", így rögtön pontosíthatjuk is: egy adott pillanatban valójában az Overton-ablakon kívül nincs politika. Amit a televíziós és újságszerkesztők nem vesznek komolyan, amit a közmegegyezés "komolytalanként", "abszurdként" vagy "szélsőségesként" határoz meg, annak kisebb esélye van a nyilvánosság főáramába kerülni. És még ha sikerül is becsempésznie magát a közbeszédbe - mondjuk, mert a megszólaló személy vagy szervezet nehezen megkerülhető -, a konszenzussávon kívüli vélemény azonnal szétporlik. Overton felhívja rá a figyelmet, hogy ez a konszenzussáv nem mozdulatlan. Épp ellenkezőleg, a különböző vélemények hatására állandó mozgásban van. A kívülről jövő vélemények sajátos, ideáltipikus fejlődési pályát járnak be. Karrierjüket "elképzeltetetlen", "nevetséges", "lehetetlen" véleményként kezdik, ebből lesz előbb "radikális javaslat", majd "elfogadható" lehetőség, ezután "ésszerű" felvetés. Ezt követően aztán már a "népszerű" vélemény vezet az adott irányba mutató közpolitikai döntéshez.

A népegészségügyi kutatók által szolgáltatott bizonyítékok szerepet játszhatnak ebben a folyamatban, ezt a tényt bizonyítja a szövetségi finanszírozás tilalma a lőfegyverek által okozott sérülések kutatására az USA-ban, nehogy a probléma mértéke és a megoldási javaslatok a közbeszédbe kerüljenek.

A következő kockázat a megfelelő nézőpont megtartása politikai rendszerrel kapcsolatban. A kísérés, hogy makroszociológiába csúszunk át a népegészségügyi problémák megoldásakor, nagy elméleti konstrukciók emlegetésével, mint a kapitalizmus, a populizmus vagy a neoliberalizmus, gátolhatja a pontos empirikus elemzést.

Egy alternatíva lehet, hogy helyi szinten próbáljuk megoldani a problémákat, egy helyi politikus akaratától várva a sikert és kudarcot vagy néhány elkötelezett személy kommunikációs képességeitől, vagy jobb elfelejteni a választott politikusokat, és megpróbálni a bürokraták szakértelemére összpontosítani.

Mindkettő lehetőség értékes lehet, de semmi esetre sem kielégítő. Az egyik túl általános fogalmakra hagyatkozik, mint például kapitalizmus vagy strukturális erőszak, amelyeknek konkrét tartalmát nehéz megragadni, a másik pedig olyan megoldásokat ad, amelyek nem használhatók már a város másik oldalán sem, még kevésbé más országokban. Mindkét problémára megoldás lehet, a pártatlan és a szigorú tudományos szabványok megőrzése mellett a középszintű elméletek használata. A középszintű elméletek egy egyértelműen megnevezett társadalmi jelenség vagy folyamat megértését célozzák. Ezek az elméletek mindenekelőtt pontosan leírják a szóban forgó társadalmi jelenséget vagy folyamatot, amelynek következtében eloszlatták a társadalmi jelenségekkel kapcsolatos gondolkodás során gyakran tapasztalható megfogalmazási homályt, többértelműséget, önkényességet. A szóban forgó társadalmi jelenség vagy folyamat leírását követően a középszintű elméletek a felállított hipotézisek bizonyítása révén oksági magyarázatokat adnak, melyek előrejelző értéke

tesztelhető, empirikusan ellenőrizhető. Merton a vonatkoztatási csoport elméletét említi, mint a középszintű elmélet jellegzetes példáját. Ez az elmélet a tagok és a nem tagok dinamikus megkülönböztetését teszi lehetővé. Az egyes társadalomelméletek arra törekednek, hogy középszintű elméletek logikusan egymásba kapcsolódó sorából építkezzenek. A középtávú elmélet természetesen absztrakciókat foglal magában, de ezek elég közel vannak a megfigyelt adatokhoz ahhoz, hogy a javaslatokba beépüljenek, lehetséges az empirikus tesztelésük. A középtávú elméletek foglalkoznak a társadalmi jelenségek körülhatárolt aspektusaival.<sup>v</sup> A középtávú elméletek megerősíthetik a népegészségügy által felhalmozott tudást, alkalmazhatóságának feltételeit és alkalmazhatóságát. Segítenek, hogy egyszerre lássuk a fát és az erdőt is.

### EPISZTEMIKUS KÖZÖSSÉGEKVI (TUDÁSKÖZÖSÉG) ÉS EGÉSZSÉG TECHNOLÓGIAI ÉRTÉKELÉS

Az egyik legalapvetőbb probléma a tudományos népegészségügyi megállapítások kapcsán, hogy mennyiben képesek befolyásolni a politikai döntések meghozatalát. Olga Löblová cikke ezt a témát vizsgálja. Kritizálja azt a hagyományos elképzelést, amely közvetlen vonalat feltételez a népegészségügyi kutatás és a tudományos hatás között: „A szakértők gyakran regényhősként látják magukat: át kell úszniuk hét tengeren (a „tudomány és szakpolitika közötti szakadék”), megmászni hét hegyet („a kutatás elfogadásának akadályai”), és le kell fordítaniuk bölcsességüket egy idegen nyelvre a királynak, hogy megértse („a tudás fordítása”). Ha nem sikerül, az alapértelmezett válasz az, hogy keményebben kell próbálkozni: több lehetőséget kell kialakítani tudástranszfer számára, több szakembert kell alkalmazni a tudományos kommunikációra.”

A tudás megosztásának egy hatékonyabb módja lehet a transznacionális, episztemikus közösségek tevékenységének igénybevétele. Az episztemikus

<sup>v</sup> [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_520\\_szocialpszichologia/ch01s06.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_szocialpszichologia/ch01s06.html)

<sup>vi</sup> Dunleavy és O'Leary (1987) is elemezte, hogy a nagyfokú szakmai tudást feltételező ügyeknél – különösen azoknál, amelyek disztributív hatása csekély, így a politikusok fokozott érdeklődésére sem tartanak számot – a téma specialistái, a szakértők hajlamosak átvenni a probléma meghatározása és megoldása feletti ellenőrzést. Ezeket a szakértői köröket nevezte Dunleavy és O'Leary (1987) közpolitikai közösségnek. A koncepció némi hasonlóságot mutat a Peter Haas nevéhez köthető episztemikus közösség fogalmával (vö. Haas, 1992), azzal a különbséggel, hogy Haas kifejezetten a nemzetközi rezsimék létrejöttében szerepet játszó tudományos, szakértői, tudásgeneráló és problémameghatározó hálózatokról beszélt. [http://epa.oszk.hu/02500/02565/00056/pdf/EPA02565\\_poltud\\_szemle\\_2008\\_4\\_007-031.pdf](http://epa.oszk.hu/02500/02565/00056/pdf/EPA02565_poltud_szemle_2008_4_007-031.pdf)



közösségek egy adott területen elismert szakértelemmel és kompetenciával bíró szakemberekből kiépült hálózat(ok), amelyek politikailag releváns tudást képes(ek) átadni. Az episztemikus közösségek (környezetvédők, tudósok, nemzetközi közgazdászok, más szakértők) számtalan módon befolyásolhatják a nemzetközi rezsimek létrehozását és fenntartását.

Az episztemikus közösség (tudásközösség) fogalma lehetővé teszi számunkra, hogy elkerüljük az előbb leírt heroikus narratívát - amely annyira gyakran fullad kudarcba a képzelt hős frusztrációja miatt -, és hasznosabb is, mivel realisabb a népegészségügy saját helyzetét illetően a politika és szakpolitika viszonyában. A népegészségügy egy ilyen episztemikus közösség, amely közösségek kölcsönhatásának nyomán követésével más politikai erőkkel együtt megmutatja nekünk, hogyan tudjuk megtalálni a saját tevékenységünk helyét, hogy meggyőzően kommunikáljunk a szélesebb politikai területeken.

## ÉRDEKCSOPORTOK ÉS GYÓGYSZERIPARI POLITIKA

A „különleges érdekcsoportok” kifejezésnek pejoratív jelentésárnyalata van, a „lobby” szó még rosszabb. Mégis, amikor megpróbáljuk befolyásolni a politikát, lobbizunk, és amikor megszervezzük, érdekcsoportot hozunk létre. Brooks a Támogató (Advocacy) Koalíció Konceptiót használja az EU gyógyszerészeti politikájának leírására, kiegészítve Löblová tanulmányát egy más nézőponttal, hangsúlyozva, mennyire összetett, bonyolult módon próbálják az intézmények és a politikai csoportok alakítani a politikát.

A politika kialakítása vagy megváltoztatása nehéz és sokféle tevékenységet igényel, sokan vesznek részt eltérő érdekcsoportokban, kormányokban, a média, a tudomány és egyéb más szervezetekben, amelyek Támogató Koalíciónak minősülnek, amelyek latba vetik befolyásukat bizonyos politikai döntések mellett vagy azok ellen. Esetünkben a vita a direkt marketing szabályozásáról szólt a gyógyszeripari termékek estében az EU-ban. Az egyik oldalon állt az Európai Bizottság, egy szövetséges támogató koalícióval a DTC-re (direkt marketing) vonatkozó szabályok liberalizálása mellett. Egy másik koalícióba tömörültek a civil és szakmai szervezetek,

sikeresen blokkolva a jogszabályokat. A két koalíció vitája különböző helyszíneken zajlott, a médiától az uniós intézményekig, kihangsúlyozva a koalíciók fontosságát és bemutatva azt az összetett tevékenységét, amely a koalíciókban zajlott.

## RÉSZVÉTEL ÉS A POPULISTA RADIKÁLIS JOBBOLDAL HATÁSA

A népegészségügyi kutatók gyakran összpontosítanak a politikának azon dimenzióira, amelyekre hatással lehetnek, de ez nem egyenértékű azoknak struktúráknak a megismerésével, amelyekben a politikusok tevékenykednek. A szakértelem és hitelesség a népegészségügyben nem ugyanaz, mint a hatalom és stratégia a politikában. Az egyik legmeghatározóbb tényező a politikai célok kialakításában és a döntések meghozatalában a politikai párt. A politikusok játékosok, és a csapatok a politikai pártok. Miközben a politikai pártokat gyakran nem szeretik, egyenként és összességében sem, azok érdemben befolyásolják egy politikus pályafutását és a hatalmi viszonyokat, ezáltal a szakpolitikát. A politikára koncentrálni anélkül, hogy nem fordítunk figyelmet a pártokra és a pártok belső viszonyaira, olyan mintha megpróbálnánk labdarúgást nézni anélkül, hogy ismernénk a csapatokat.

A pártok esetében a szakirodalom a szociál- és kereszténydemokrata pártok hatására összpontosít elsősorban, megállapítva, hogy mindkettő elkötelezett a szélesebb jóléti állam irányában, de más módszereket használnak eltérő következményekkel a társadalmi egyenlőség szempontjából. Az aktuálisabb kérdés az lehet, hogy a populista radikális jobboldali pártok, mint például az osztrák Szabadságpárt vagy a svájci Néppárt milyen hatással lehetnek a kormányzatra. Azon országok tapasztalatai alapján, ahol radikális jobboldali pártok részt vettek a kormányzásban elmondhatjuk, hogy elsősorban a bevándorlás visszaszorítását célzó politikára koncentrálnak, miközben gyakran használnak „jóléti sovíniszta” érveket, amelyek nagyobb előnyöket igényelnek az „öslakosok” számára, de a bevándorlók és kisebbségek kizárására törekednek, a gyakorlatban ritkán bővítik a juttatásokat, sőt inkább lassan visszavágják. A radikálisok befolyását korlátozzák a koalíciós partnereik és a jogállam intézményei.

## INTÉZMÉNYEK ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS

A politikai intézmények alakítják a kormányok fogékonyságát a különböző szakpolitikai kezdeményezések és azok fenntarthatósága irányába. Egyes szakpolitikák valószínűleg nem fognak működni bizonyos fajta politikai rendszereken belül. Bekker és mtsai összehasonlítottak különböző népegészségügyi kezdeményezéseket az Egyesült Királyságban és Hollandiában. Mindkét országban egy-egy népszerű kezdeményezést fogadtak el a kormányok az egészséget meghatározó tényezők befolyásolására, az együttműködésbe bevonva a civil társadalmat és az üzleti szférát is. Az Egyesült Királyságban ezt Felelősségvállalási megállapodásnak (*Responsibility Deal*) nevezték, nem vált hitelessé és rövid életű volt, míg a holland kezdeményezés, „Mindent az egészségről”, virágzott.

Ez részben szemlélteti az együttműködésen alapuló holland és a konfrontatív angol politikai kultúrák közötti különbségeket. A két program sorsa mély és tartós intézményi és politikai tényezők által volt meghatározott. A holland hajlandóság az együttműködésre és a brit konfrontatív megközelítés nem csak kulturális termékek. A kollaboratív modell tükrözi a holland intézményeket, beleértve a választási szabályokat, amelyek lehetővé teszik a koalíciós kormányzást. A holland politika támogatja a racionális együttműködési normákat. Eközben a többségi elvű brit intézmények, a győztes mindent visz elv erős kormányt teremt, amely ráadásul mentes egy írott alkotmány korlátozásaitól. A brit vezetők számára nehezebb az együttműködések kiépítése, mert mindenki tudja, hogy a kormány előbb-utóbb változni fog, akik majd más politikát folytatnak. A holland politikusok, vállalatok és a civil társadalom szereplői folyamatosan az együttműködésre törek-szenek, míg Nagy-Britanniában az erős és viszonylag korlátozásoktól mentes kormányzás alapvetően minden szakpolitikai kezdeményezés számára kialakítja a stratégiai kereteket. Ha egy brit kezdeményezést kívánunk megvalósítani, helyi szinten kell megalapozni, hogy választások alatt és után is támogassák.

## TÖRVÉNYHOZÁS ÉS A DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA

Az egyik legnagyobb változás a politikai intézményekben az elmúlt ötven évben az európai országok körében, hogy a legalizmus lett a politika egyik legfontosabb eszköze és jellemzője. A legalizmus a kormányzás, irányítás módja, amelyre jellemző, hogy hangsúlyosabbá vált a jogszabályokba foglalás és azok végrehajtása a kevésbé formalizált szakpolitikák felett, gyakoriak a bírósági ügyek, a jogi szakértelem és a formális szakpolitikai döntéshozatali struktúrák sokfélesége.

A különböző tényezők, az európaizáció<sup>vii</sup>, a politikai pártok érdekközvetítő szerepének hanyatlása, a legalizmus egyre fontosabbá vált az Európai Unión belül, és meghatározza a szakpolitikák tartalmát és a politikai folyamatokat.

A dohányzás visszaszorítását célzó politika és szakpolitika eredendően legalista. A szakpolitikai eszközök fontos része a jogszabályalkotás, amelyet a belföldi, az európai és a nemzetközi jogi lépések lassíthatnak. A szakpolitikai döntéshozatali folyamatot aprólékosan kell megtervezni a várható jogi kifogások okán, mivel a dohányipar kreatív és jól finanszírozott jogi eszközökkel akadályozza a jogszabályok elfogadását.

A dohányzás elleni küzdelem politikai eszköze a törvénykezés és a legalizmus folyamatainak jobb megértése ugyanannyira nélkülözhetetlen, mint a tudományos felkészültség, a lobbis tevékenység vagy a politikai pártok ismerete.

## PÁRBESZÉD, AZ ÁLLAM ÉS AZ OLTÁSOK

Még akkor is, ha a politikai döntéshozókat már meggyőzték, még akkor is, ha a szakpolitika már régen életbe lépett, további ellenállással lehet szembenézni a védőoltások esetében. Az ellenállás gyakran az elit és a közvélemény közötti mély ellentétből fakad. Az oltásokkal szembeni gyanakvást Kieslich segítségével lehet megvilágítani. A népegészségügy kialakulása óta szorosan az állammal

<sup>vii</sup> Az európaizáció fogalma az európai integráció okozta hatásokat jelenti. Az európaizáció, vagy közösségesedés a napjainkra kialakult bonyolult uniós mechanizmus rendszerét szeretné egy kifejezéssel feloldani. Az európai szintű kormányzás kialakulása és fejlődése során a politikai intézmények formalizált interakciók segítségével, a társadalmi aktorok érdekében, a felmerülő problémákat közösségi szinten kezelik. Mára az intézményesült folyamatok formális és informális szabályozása, stílusa és normái jelentősen eltérnek a nemzetállami struktúráktól, de még inkább az egyéb nemzetközi szervezetek működési formáitól. [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0050\\_08\\_tuka\\_agnes/ch04s04.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0050_08_tuka_agnes/ch04s04.html)

együttműködve létezik, de ez azt is jelenti, hogy gyakran a népegészségügyi kezdeményezéseket a hatalommal kapcsolatos gyanakvások gyengítik. Kieslich a diskurzusközpontok koncepciójára<sup>viii</sup> összpontosít, amelyeken a bizonyos narratívákat népszerűsítő emberek csoportjait érthetjük. A terjedésük gyakran az interneten és a közösségi médián keresztül ösztönzi az egyéni ellenállást és a vitákat. Az oltásellenesség esetében a diskurzusközpont átalakított egy tisztán szakmai közegészségügyi témát az államhatalom legitimitását megkérdőjelező vitává. Ennek a diskurzus eltolódásnak a megértése nélkül nem érthetjük meg az oltásokkal kapcsolatos ellenérzéseket. Különösen a populista politikusok hajlamosak az oltásellenességre, álláspontjuk azonban inkább az államról alkotott véleményüket tükrözi, mintsem a fertőző betegségek megelőzéséről szólót.

## MUNKAERŐPIAC ÉS EGYENLŐSÉG

Széles körben elfogadott (bár sokan nem értnek vele egyet) népegészségügyi megállapítás, hogy az egyenlőbb társadalmakban jobb a népesség egészsége és kisebbek az egészségügyenélküliségek. Ennek a megállapításnak és következményeinek a megértése igényli az összehasonlító politikai gazdaságtan szélesebb körű ismeretét. Három fő módszerrel strukturálhatják az államok a lakosság életkilátásait: a jóléti állam (beleértve az egészségügyi rendszert), munkaügyi kapcsolatok (a bérmegállapítás gyakorlata és a béralku intézményei) és a munkaerőpiac szabályozása (a foglalkoztatás és az elbocsátás szabályai) révén. A népegészségügy,

az egészségügyenélküliségekkel kapcsolatos aggodalmi ellenére, gyakran megfélemlenik a második kettőről. Ennek az az eredménye, hogy népegészségügyi stratégiák középpontjában gyakran az adózás és a közkiadások kérdései állnak, ami arról tanúskodik, hogy nem ismerik a lehetséges szakpolitikák körét az egyenlőtlen terén. Az Egyesült Királyság és Svédország jóléti államaiban nagyjából egyforma mértékű az újraelosztás, mégis a két ország egészségügyi mutatói között jelentősek az eltérések Svédország javára. Az adók és transzferrek előtti egyenlőség, amely döntő faktor Svédország esetében az eltérő munkaerőpiaci szabályozásnak, illetve a sajátos munkaügyi kapcsolatoknak köszönhetőek. A dán „rugalmas biztonság” szintén legalább annyira függ a jól szabályozott dán munkaerőpiactól, mint a dán adózási rendszertől és jóléti programoktól.

A munkaügyi kapcsolatok és a munkaügyi szabályozás képes befolyásolni az egészséget és az egyenlőtlenégeket, például egalitáriusabb bérmegállapítástól, a távolmaradás és a betegen történő munkavégzés (*presenteeism*) csökkentéséig. (Ez utóbbi esetben a munkavállaló betegen megy dolgozni, nem termelékeny, és megfertőzi a többieket.)

Egyfajta korrekció szükséges jövedelmi egyenlőtleneségek és az egészség kapcsolatában, ahelyett, hogy csak a jóléti államra vagy az olyan nehezen értelmezhető fogalmakra, mint a „neoliberalizmus” koncentrálnánk. Ha a munkaügyi kapcsolatokat és a munkaerőpiac szabályozását népegészségügyi témának tekintjük, akkor a szövetségesek és a népegészségügyi eszközök teljesen új világa válik elérhetővé.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A népegészségügy lényegében interdiszciplináris vállalkozás, amely ötvözi az epidemiológiából származó területek szaktudását, módszereit és nézőpontjait a menedzsment eszközeivel, a biostatistikától egészen az egészségnevelésig. De ezek a tudások gyengék a politikai rendszer megértéséhez, annak ellenére, hogy a politika okozza, és javíthatja a leginkább sürgető népegészségügyi kihívásokat. Túl sok népegészségügyi tanulmány a politikáról mikroszkopikus volta miatt nem éri el, hogy külső érvényessége felmerülhessen, vagy

<sup>viii</sup> A diskurzív közpolitikai elemzők a programokat szélesebb bázison tartják eredményesen megvalósíthatónak, s ennek felel meg az integrációjuk eszméje is. A kérdésük az, hogy ha egyszer nem a szakértők és politikusok kezében lévő hatalmi eszközök integrálják a közpolitikai program résztvevőit, akkor vajon mi. A válaszuk az, hogy egy olyan eszköz, amely egyrészt mindenki rendelkezésére áll, másrészt alakítóan vesz részt a programok megvalósításában, s ez maga a diskurzus. Ezt a kutatók diskurzusközpontnak nevezik. a diskurzusközpont ellentéte a hatalmi kényszerítés és az anyagi ösztönzés nyomán megteremtett cselekvési egységnek.

[https://politikatudomany.tk.mta.hu/uploads/files/archived/971\\_1347612216.pdf](https://politikatudomany.tk.mta.hu/uploads/files/archived/971_1347612216.pdf)

ellenkezőleg, olyan makroszkopikus, hogy lehetetlen a gyakorlatba átültetni. Ahelyett, hogy újra feltalálnánk a spanyolviaszt, hozzá kell adnunk a politikatudományt az interdiszciplináris vállalkozáshoz. Az eddig felsoroltak talán olyan megalapozott középszintű elméleteknek tekinthetők, amely használhatók a népegészségügyi problémák megoldásában. A dohányzás visszaszo-rításától a közvetlen reklámokig, az elhízástól az oltásellenességig megmutatja, hogyan lehet ezeket a témákat behozni a népegészségügybe, és hogy melyek a még létező hiányosságok a politika és a hatalom népegészségügyi szempontú elemzésében.

## HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> Political analysis in public health: middle-range concepts to make sense of the politics of health SL Greer MPM Bekker N Azzopardi-Muscat M McKee *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue suppl\_3, November 2018, Pages 3–6, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky159>

## Cikkismertetés: Szektorokon átívelő partnerség és népegészségügy: Kihívások és lehetőségek a magánszektor bevonására az elhízás és nem fertőző betegségek területén

Article review: Cross-sector partnerships and public health: challenges and opportunities for addressing obesity and noncommunicable diseases through engagement with the private sector

Ismertető: Varsányi Péter ✉  
*Nemzeti Népegészségügyi Központ*

Ismertetett cikk: Johnston LM, Finegood DT. Cross-sector partnerships and public health: challenges and opportunities for addressing obesity and noncommunicable diseases through engagement with the private sector. *Annu Rev Public Health*. 2015 Mar 18;36:255-71. doi: [10.1146/annurev-publhealth-031914-122802](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122802)

Beküldve: 2019. 03. 01.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.430

**Kulcsszavak:** komplexitás; érdekellentét; kockázatkezelés; rendszerszemlélet; bizalom

**Keywords:** complexity; conflict of interest; risk management; systems thinking; trust

Az elmúlt évtizedekben a magánszektorral való együttműködés egyre elfogadottabbá vált a népegészségügy területén, főként az alacsony- és közepes jövedelmű országokban előforduló fertőzőes megbetegedések visszaszorításában, azonban az utóbbi években az elhízás és a krónikus megbetegedések megelőzésében is gyakran előtérbe kerül.

A fejlett országokban az elhízás és a krónikus betegségek előfordulása egyre nagyobb méreteket ölt, ezért kiemelt területnek számítanak a népegészségügyi beavatkozások szempontjából. Nyilvánvalóan tűnhet az ilyen kiemelt egészségkockázatok elleni fellépésben az ágazatokon átívelő együttműködés, azonban a dohányzás-visszaszorítás területén tapasztalt negatívumok némileg árnyalják ezt. A magánszektorral való együttműködés kritikusai főleg az összeférhetetlenséget, a közszféra szerepének és felelősségének gyengülését, valamint a népegészségügyi beavatkozások hatékonyságának gyengülését emelik ki, míg támogatói szerint a partnerség fontos eszköze lehet a kollektív fellépésnek, és potenciális életmentő beavatkozásokat

biztosíthat. Az együttműködéstől leginkább az üzleti életben fellelhető erőforrások hasznosítását, valamint a magánszektor egészséggel való kapcsolatának megváltozását várják a népegészségügy oldaláról.

A közleményben a lehetséges kockázatok kezeléseként azt javasolják, hogy a népegészségügyi szakemberek minden együttműködés előtt vizsgálják meg, hogy a magánszektorral kialakított partnerség egyértelműen segít-e elérni a kitűzött célokat, és hogy a potenciális partnerek tevékenységei megegyeznek-e az egészségesebb társadalom tágabb értelemben vett elképzeléseivel. Fontos szem előtt tartani, hogy az együttműködések a legkritikább esetben szolgálják egyformán mindkét fél érdekeit, legtöbbször az erősebb partnerek érdekei érvényesülnek. A közleményben idézett szakértők három kérdést fogalmaznak meg, amelyet érdemes a szakpolitikai döntéshozóknak megfontolniuk, mielőtt együttműködést kötnek a magánszektorral. Először is, gyorsabban és hatékonyabban fog-e megvalósulni a kitűzött cél az együttműködés eredményeképpen; másodsor,

a két fél érdekei fokozzák vagy fenyegetik-e a hosszabb távú népegészségügyi célkitűzések megvalósításának valószínűségét; és harmadszor, valódi partnerség vagy lazább kölcsönhatásforma tudná leghatékonyabban elérni a kitűzött célt. Ezen kérdések mérlegelése csökkentheti az együttműködés kockázatait. [1. táblázat]

A közleményben további példákon keresztül vizsgálják meg az együttműködések kihívásait, előnyeit, kockázatait és megpróbálják szakirodalmi példák alapján megfogalmazni a sikeres együttműködés jellemzőit a bizalom, az összeférhetlenség és a monitorozás szempontjából.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A népegészségügyi problémák megoldására létrejövő, magánszektoralal való együttműködések számos probléma forrásai lehetnek, azonban ezen problémák jelentős többsége előre látható és így kezelhető is. A közlemény számos példán keresztül mutatja be, mire kell kiemelt figyelmet fordítani, hogy egy ilyen együttműködés a lehető legsikeresebb legyen mindkét fél számára.

1. táblázat: A sikeres partneri együttműködés kihívásai, kockázatai, előnyei és kritériumai

Partnerség során megfontolandó szempontok	Partnerségben rejlő lehetséges problémák a szakirodalom szerint
<b>Kihívások</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A nyelvi és szervezeti kultúrában lévő különbségek</li> <li>- Egymás szerepének nem megfelelő elismerése az együttműködés során</li> <li>- Nehézség a felelősségre vonhatóság mértékének megállapításában és a teljesítmény mérésében</li> </ul>
<b>Kockázatok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Az együttműködő szervezet céljainak vagy vállalati kultúrájának hanyatlása, önállóságának elvesztése</li> <li>- Az üzleti élethez mérten az állami bürokrácia lassú reakcióideje</li> <li>- Egyenlőtlen hatalmi kapcsolatok, amelyek negatív hatásúak lehetnek a gyengébb fél számára</li> <li>- Összeférhetlenség</li> <li>- A felelősségre vonás nehézsége</li> <li>- Az együttműködés miatt romló megítélés az állami és nonprofit szektorokban</li> </ul>
<b>Előnyök</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hozzájárás az erőforrásokhoz, a szakértelemhez és a tudástranszferhez</li> <li>- Jobb szolgáltatás, ellátás</li> <li>- Eltérő nézőpontok alkalmazása a szociális problémák megoldására</li> <li>- A célok és érdekek egyesítése a másik szektor kulturális normáinak elfogadásával</li> </ul>
<b>Sikeres együttműködés kritériuma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A stratégia, a küldetés és az értékek összehangolása</li> <li>- A szektorok vezetői közötti személyes kapcsolat létrejötte</li> <li>- Bizalom és egymás kölcsönös tisztelete</li> <li>- Jó kormányzási gyakorlat (a képviselő, az átláthatóság és az elszámoltathatóság tekintetében)</li> <li>- A partnerek eltérő érdekeinek elismerése és tiszteletben tartása</li> <li>- Források biztosítása a partneri együttműködéshez</li> <li>- Erős projektmenedzsment, egyértelmű elvárásokkal az előnyöket, szerepeket és felelősséget illetően</li> <li>- Várakozáskezelés</li> <li>- Egyenrangú és nem alárendelt kapcsolatok egyenlő hatalommal, befolyással</li> <li>- Az értékelés és ellenőrzés beépítése a folyamatokba</li> </ul>

Forrás: saját szerkesztés Johnston és Finegood (2018) alapján



# Cikkismertetés: A népegészségügyi termékadókból levonható szakpolitikai tanulságok

Article review: Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies

Ismertető: Kaposvári Csilla ✉  
*Nemzeti Népegészségügyi Központ*

Ismertetett cikk: Wright A, Smith KE, Hellowell M. BMC Public Health. 2017 Jun 19;17(1):583.  
doi: [10.1186/s12889-017-4497-z](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4497-z)

Beküldve: 2019. 03. 04.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.435

**Kulcsszavak:** népegészségügy; szakpolitikai döntéshozatal; egészségügyi adó; cukros üdítőitalok; fogyasztói viselkedés

**Keywords:** public health; policy making; health tax; sugar-sweetened beverages; consumption behaviour

## BEVEZETÉS

Az alkoholtartalmú italokra és a dohánytermékekre kivetett adók számos országban régóta fontos bevételt jelentenek az államháztartásnak és egyre nagyobb érdeklődés áll fenn az egészségtelen termékekre kivetett adók népegészségügyi célok érdekében történő felhasználására. A közelmúltban számos ország vezetett be új vagy magasabb adót az egészségtelen termékek szélesebb körére, vagy strukturált át adókat úgy, hogy növeljék ezen termékek gyártási, forgalmazási, és/vagy kiskereskedelmi, illetve fogyasztási költségét. 2010 óta például Dánia, Magyarország, Finnország, Franciaország, Mexikó és az Egyesült Királyság vezetett be adót az egészségtelennek tartott élelmiszerekre vagy italokra vonatkozóan.

Jelen szisztematikus áttekintő tanulmány központi kérdése az volt, hogy az egészségtelen jelentő termékekre kivetett adók (i) hogyan csökkentik a fogyasztást és az ahhoz köthető egészségproblémákat; (ii) hogyan termelnek egészségügyi célokra bevételt, és hogyan lehet az adóterhet hatékonyan és igazságosan szétosztani a különböző jövedelmű csoportok között; valamint (iii) hogyan lehet az ilyen adókat politikailag fenntarthatóvá tenni.

## MÓDSZEREK

A szerzők hat szakbírálaton átesett és négy ún. szürke irodalmi, (grey-literature) cikket gyűjtő adatbázisban végeztek keresést népegészségügyi adó témában. A népegészségügyi adót az alábbiak szerint határozta meg a kutatás: olyan adó, amelyek célja, hogy növelje az egészségtelen termék gyártási, nagykereskedelmi, kiskereskedelmi és/vagy fogyasztási költségét. Mivel az alkoholszármazékok és dohánytermékek adójával kapcsolatosan már léteztek szisztematikus áttekintő tanulmányokból származó tudományos bizonyítékok, ezért a szerzők ezeket nem vonták be vizsgálatukba. Az ismertetett szakirodalmi áttekintő tanulmány az egészségtelen termékek gyártóra vagy kiskereskedelmi forgalmazóra kivetett adók, valamint egészségtelen ételek esetében, fogyasztói adókra vonatkozott, mint pl. cukrozott üdítőitalokra kivetett adók.

Az áttekintő tanulmány nem tartalmazta azokat a kutatásokat, amelyek (1) az egészségkárosító termékek értékesítése vagy gyártása vonatkozásában kivetett arányos adó által eredményezett viselkedésváltoztatásra fókuszáltak és más szisztematikus áttekintő tanulmányban már szerepeltek; (2) behozatali/kiviteli vámokra vonatkoztak olyan

termékek esetében, ahol ezek egészséggel kapcsolatos tartalma vagy indoklása nem volt egyértelmű; (3) amelyekben egyes termékekhez/viselkedésekhez kapcsolódó költségek meghatározása történt adó céljából, de egészséggel kapcsolatos adó nem került meghatározásra; (4) amelyekben olyan kombinált beavatkozásokat vizsgáltak, ahol más intézkedés mellett adó kivetése is történt, de az adó hatása nem volt elkülöníthető a többi beavatkozás hatásától; (5) továbbá azokat, amelyek nem empirikus kutatásra épültek.

A kutatási módszertan során számoltak azzal is, hogy egyes kontextuális tényezők befolyásolhatják a vásárlói szokásokat, ezek azonban nem mindig kerülnek bemutatásra a közleményekben. Ilyen tényező például, hogy mennyire látható a vásárló számára az adó mértéke. Európában jellemzőbb, hogy az adó a termék fogyasztói árába van beépítve, így a vásárló a termék különböző adókat is tartalmazó fogyasztói ára alapján hozza meg a döntését. Ezzel szemben az Amerikai Egyesült Államokban (USA) az adók általában külön tételként, nem részletezett kiegészítésként kerülnek feltüntetésre az értékesítési nyugtán. Így az adóval emelt ár feltételezhetően kevésbé látható a vásárló számára, emiatt az adóval kapcsolatos változások is kevésbé érzékelhetőek, ami csökkenti a fogyasztók adóval kapcsolatos érzékenységét is.

## EREDMÉNYEK

91 tudományos folyóiratban megjelent közlemény és 11 szürke irodalmi tanulmány felelt meg a vizsgálat beválasztási kritériumainak. A vizsgálatba került tanulmányok többsége az USA-ból (51) és Európából (34) származó egészségügyi adókkal kapcsolatos angol nyelvű tanulmány volt. A szakcikkek nagy része élelmiszerre vagy italokra kivetett termékadókra vonatkozott. Az áttekintő tanulmány felhívja a figyelmet a kutatások gyorsan növekvő számára e területen, amelyek többsége magas jövedelmű országokban vizsgált élelmiszerekre vagy tápanyagokra kivetett adókra vonatkozott. Módszertanilag az áttekintett kutatások nagyobb része előrejelző modellezési vizsgálat volt, míg kisebb része kivetett adó végrehajtásának és hatásainak utólagos értékelésére vonatkozott.

A szisztematikus áttekintő tanulmány megállapította, hogy általában jelentős bizonyíték van arra, hogy a cukros üdítőkre kivetett magas adó arányok (vagyis azok, amelyek 20%-kal vagy annál nagyobb mértékben emelik az egységárat) valószínűleg pozitív hatással vannak az egészségmagatartásra és egyéb egészségváltozókra. A bizonyítékok hasonlóak az egészségtelen élelmiszerekre kivetett adók esetében is, bár ezen a területen kevesebb tanulmány áll rendelkezésre. Ezek az eredmények összecsengenek más szisztematikus áttekintő tanulmányok megállapításaival, amely szerint az élelmiszerre kivetett adók, illetve a támogatások összefüggnek a fogyasztás változásaival. Mindemeltett ezek az eredmények tükrözik a már ismert alkohol- és dohánytermékekre kivetett adók esetében tapasztalt hatásokat is. Azonban, a tanulmány felhívja a figyelmet, hogy ezen eredmények zömmel modellezési kutatásokból származnak, és jóval kevesebb utólagos értékelésre alapozó tanulmány érhető el. A modellezésre épülő kutatásokban a használt adókulcsok valószínűleg magasabbak, mint amelyeket ténylegesen kivetnek, illetve kivetésre kerülnek. A tanulmány további szakirodalmat idézve felhívja a figyelmet, hogy az egészségtelen italok tekintetében a kivetett adók gyakran nem elég magasak vagy láthatóak, hogy elégséges viselkedésváltozáshoz vezessenek. Egyben a szerzők arra is felhívják a figyelmet, hogy több utólagos értékelésre van szükség ezen a területen.

A szerzők megállapítják, hogy különféle adóformák állnak a döntéshozók rendelkezésére, mindegyiknek megvan az előnye és hátránya. Az, hogy melyik a legkedvezőbb választás függ az alkalmazandó adó céljától és az alkalmazás kontextusától. Összességében négy lényeges eredményt azonosítottak a szerzők.

(1) Nagyszámú innovatív egészségügyi adó létezik, melyek leginkább az adóztatott egészségtelen árucikkek számának bővítésére (különösen a magas cukortartalmú termékekre) koncentrálnak. Ismert azonban, hogy az új árucikkek kivetett adók lakossági támogatottsága általában alacsony, ezért nagy politikai támogatás és elkötelezettség szükséges azok bevezetéséhez és megtartásához. Mindemeltett, az ilyen szakpolitikai döntéseknek valószínűleg erőteljes ipari érdekekkel kell szembenéznie, mint

ahogy azt a rövidéletű dán, vagy számos USA tagállam elbukott cukros üdítőital adó kezdeményezése mutatja. Érdekes példa a skóciai népegészségügyi kiegészítő adó is, ahol nem volt erőteljes közellenállás az adóval szemben, mivel nem lehetett könnyen a fogyasztókra hárítani. Ellenben rendkívül erős ellenállással kellett a kormánynak szembenéznie az érintett vállalkozások felől, aminek eredményeként három év múlva vissza is vonták ezt az adót.

(2) A szakirodalmi áttekintés alapján a szerzők megállapítják, hogy az egészségügyi adókból származó bevételek adott célra történő elkülönítésére tett kötelezettségvállalások – mint például az egészségügyi rendszer fejlesztése vagy az elhízás megelőzése –, növelhetik az adók lakossági és politikai támogatottságát. A bevételek egészségügyi célú elkülönítése növeli például a népegészségügyi szakmai közösség támogatását (pl. nem kormányzati szervezetek, kutatók és szolgáltatók), amelyek segíthetnek ellensúlyozni az ipar érdekeinek befolyását. Azonban, ahogy a skóciai népegészségügyi kiegészítő adó, valamint korábbi dohányadó szakpolitikák mutatják, a kormányok nem mindig tartják be az adók bevezetése előtt tett kezdeti kötelezettségvállalásukat, és ez egyértelműen erősíti az adó ellen lobbizók helyzetét, aláásva a lakossági és politikai támogatást.

(3) Léteznek olyan mechanizmusok, amelyek feltehetően csökkentik a fogyasztói termékekre kivetett egészségügyi adók regresszív természetét. Egyik ilyen lehetőség például az adókból származó bevételek egészségesebb termékek támogatására való fordítása; vagy egyes termékekben az előállításához használt összetevők megadóztatása a termék megadóztatása helyett (pl. az Egyesült Királyság cukoradója). Ebben az esetben az adó a termelőket arra ösztönzi, hogy az adóval sújtott összetevőt eltávolítsa a termékből vagy annak mértékét csökkentse. Abban az esetben, ha a kapcsolódó gyártási költségeket nem hárítják át a fogyasztóra, valószínű, hogy az egészségre gyakorolt hatások elérhetők az alacsonyabb jövedelműekre tett negatív hatások nélkül.

(4) A szerzők kiemelik, hogy az adók tervezése során fontos az elérni kívánt célok egyértelmű meghatározása. Az adó kivetésekor megalkotott célkitűzések azonban ütközhetnek. A jelen összefoglalás és a dohánytermékekre, valamint alkoholszármazékokra vonatkozó korábbi áttekintő tanulmányok azt mutatják, hogy ha az adó célja egészségnyereség elérése viselkedésváltozás révén, akkor megfelelően magas szintre kell azt beállítani. A cukros üdítőitalok esetében az eladási ár 20%-a vagy annál magasabb adó fogja nagy valószínűséggel a várt célt elérni. Az ennél kisebb mértékű adók hatásáról elérhető tudományos bizonyítékok sokkal kevésbé egyértelműek (mint például a cukros üdítőitalokra kivetett számos adó). Ezzel szemben, ha egy új adó célja, hogy bevételt hozzon (függetlenül attól, hogy egészségügyi célokra van-e a bevétel elkülönítve vagy sem), akkor az adó mértékének beállításakor figyelembe kell venni, hogy a viselkedésváltozás ösztönzése kevésbé kívánatos, mivel ez csökkenti a kapcsolódó bevételek stabilitását, és egy alacsonyabb adó arány megfelelőbb lehet.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Ha a népegészségügyi adó elsődleges politikai célja az egészségtelen termékek fogyasztásának csökkentése, akkor a bizonyítékok szerint olyan mértékű adót kell bevezetni, amelyik 20%-kal vagy annál nagyobb mértékben növeli a termék fogyasztói árát. Azonban, ha az adók hatására megváltozik a fogyasztók egészségmagatartása, akkor az állam számra csökken a bevétel kiszámíthatósága. Ezért a politikai szereplőknek tisztában kell lenniük a népegészségügyi adó elsődleges céljával és az adó mértékét ennek megfelelően kell meghatározni – ennek elmaradása sérülékennyé teszi az adót az ellenséges lobbierdekekkel szemben. A népegészségügyi adókból származó bevételek egy részének népegészségügyi kiadásokra való fordítása általában mindaddig növekvő köztámogatottságnak örvend, amíg a politikai döntéshozók követik a források felhasználására vonatkozó előre meghatározott kötelezettségvállalásokat.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az adók tervezésekor tisztában kell lenni azzal, hogy mi az adó bevezetésének elsődleges célja és ehhez igazodva érdemes meghatározni az adó mértékét, valamint kivetésének módját. A népegészségügyi adók hatásának felmérésére értékelési módszertant alkalmazó vizsgálatok szükségesek, amelyek az adó céljától függően értékelik a fogyasztói szokásokat és a kapcsolódó egészségkimeneteket, az érintett termékek reformulációját (termék-összetevők megváltoztatása), valamint az adóból származó bevételeket és azok felhasználását is.

## Cikkismertetés: Az életmód változók és a dohányzási státusz várandósság alatti összefüggése romániai nők egy csoportja körében

Article review: Associations between lifestyle factors and smoking status during pregnancy in a group of Romanian women

Ismertető: Varga Szabolcs<sup>a</sup> ✉, Ábrám Zoltán<sup>b</sup>  
*a: Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet,*  
*b: Marosvásárhelyi Orvosi- és Gyógyszerészeti Egyetem, Közegészségügyi Tanszék*

Ismertetett cikk: S. Voidazan, Tarcea M, Abram Z, et al. Associations between lifestyle factors and smoking status during pregnancy in a group of Romanian women. *Birth Defects Res.* 2018;110:519–526. doi: [10.1002/bdr2.1190](https://doi.org/10.1002/bdr2.1190)

Beküldve: 2019. 02. 18.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.425

**Kulcsszavak:** életmód; alacsony születési súly; várandósság; kockázati tényezők; dohányzás

**Keywords:** lifestyle; low birth weight; pregnancy; risk factors; smoking

Az anyák dohányzásának hosszú távú negatív hatása van mind a nők, mind gyermekeik egészségére. A dohányzás növeli az egészségkárosodás kockázatát, hatással lehet a várandósság idejére és a gyermek születési súlyára is. Az ismertetett cikk célja, hogy bemutassa az anyák terhesség alatti dohányzása és a csecsemők alacsony születési súlya közötti kapcsolatot. A kutatás helyszíne a romániai Maros megye. A téma fontosságát jelzi, hogy Romániában 9,27/1000 fős születési arányszám mellett 8,4% az alacsony születési súlyú csecsemők aránya. A keresztmetszeti kutatásban 1278 anya vett részt, akik 2015-ben szültek. A résztvevők egy 109 kérdéses kérdőívet töltöttek ki, amit kórházi adatokkal egészítettek ki. Az elemzés során kétváltozós és többváltozós logisztikus regressziót alkalmaztak. A kutatás fő kérdései voltak, hogy mely háttérváltozók függenek össze az anyák dohányzásával, illetve a csecsemők alacsony születési súlyával.

Az eredmények alapján a roma nemzetiség, az alacsony iskolai végzettség és jövedelem, a közművesítés, valamint saját ingatlantulajdon hiánya a dohányzás nagyobb esélyével járnak együtt. [1 táblázat] Az életmód változók közül a kávé és alkoholfogyasztásról, a sportolásról, a tudatos étkezés és kockázati tényezőkkel kapcsolatos tájékozottság hiányáról mondható el ugyanez. A többváltozós modellben a terhesség alatti dohányzással az alacsony iskolai végzettség (EH (esélyhányados)=1,92;95%MT (95%-os megbízhatósági tartomány)=1,09–3,40; p=0,02), a kávéfogyasztás (EH=2,35; 95%MT=1,53–3,60; p=0,0001) és alkoholfogyasztás (EH=6,34; 95%MT=3,19–12,5; p=0,0001), valamint az étkezési szokások függték össze.

Az újszülött csecsemők alacsony súlya az anya dohányzási státuszával (EH=1,71; 95%MT=1,09–2,66; p=0,01), a saját ingatlantulajdon hiányával (EH=3,52; 95%MT=2,27–5,47; p=0,0001), valamint

azzal függött össze, hogy a terhes anya rendelkezik-e megbízható információkkal a terhesség alatti kockázati tényezőkkel kapcsolatban (EH=1,91; 95%MT=1,33–2,74; p=0,0005). [2. táblázat]

A kutatás feltárta a terhesség alatti dohányzás magas arányát a romániai anyák körében, valamint ennek kapcsolatát a csecsemők alacsony születési súlyával. A szerzők kiemelik a szegények és a romák körében tapasztalt magas terhesség alatti dohányzási arányt is. A romániai prevenciók munkája legnagyobb nehézségének a speciálisan képzett szakemberek hiányát tartják. Ez megnehezíti

a kapcsolattartást a lakossággal, ami pedig elengedhetetlen feltétele a hatékony prevenciónak. A szerzők hangsúlyozzák olyan szervezetek létrehozásának fontosságát, melyek támogatják a dohányzásról való leszokást. Fontos, hogy a várandós nők érezzék, van hová fordulniuk, ahol azonnali, szakmai segítséget kapnak. Olyan, a leszokást támogató képzettség elindítását javasolják, melyek a kórházi személyzetet készítik fel. Átfogó és kiterjedt dohányzás ellenes stratégia kialakítására van szükség, hogy csökkenjen a magas dohányzási arány ebben az igen sebezhető csoportban.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk a terhesség alatti dohányzás háttérváltozóit, valamint azok, a csecsemők születési súlyával való összefüggését vizsgálja romániai nők körében. Számos életmód és szociodemográfiai változó bevonásával olyan vizsgálati modellt állítottak fel, mely a problémát széles kontextusában mutatja be. A cikk eredményei számos olyan tanulságot tártak fel, melyek a magyarországi prevenciók gyakorlatban is jól alkalmazhatóak, a munka hatékonyságának növelése céljából.



1. táblázat: Az anyák szociodemográfiai és életmód változóinak összefüggése a terhesség alatti dohányzással

Kategóriák		Csoportok		Kétváltozós analízis		Többváltozós analízis	
		Dohányzik n=165	Nem dohányzik n=1113	EH (MT 95%)	Khí-négyzet p érték	EH (MT 95%)	p érték
Anya nemzetisége	Roma	<b>24 (14,5%)</b>	46 (4,1%)	3,94 (2,33–6,66)	28,115	2,24 (1,02–4,93)	0,44
	Nem roma	141 (85,5%)	1067 (95,9%)		<b>0,0001</b>		
Anya iskolai végzettsége	<8 osztály	<b>80 (48,5%)</b>	216 (19,4%)	3,90 (2,78–5,48)	66,27	1,92 (1,09–3,40)	<b>0,02</b>
	Főiskola, egyetem	85 (51,5%)	897 (80,6%)		<b>0,0001</b>		
Egy főre jutó bevétel	500 RON alatt	<b>78 (51%)</b>	237 (24,5%)	3,19 (2,25–4,53)	44,37	1,38 (0,83–2,30)	0,20
	500 RON felett	75 (49%)	729 (75,5%)		<b>0,0001</b>		
Fizikai munkavégzés terhesség alatt	Igen	117 (81,2%)	888 (85,8%)	1,39 (0,88–2,19)	1,73	1,13 (0,64–1,99)	0,66
	Nem	48 (18,8%)	225 (14,2%)		0,15		
Ingatlan-tulajdon	Bérelt ingatlan	<b>27 (19,1%)</b>	117 (11,2%)	1,87 (1,17–2,96)	6,54	1,63 (0,95–2,79)	0,07
	Saját ingatlan	114 (80,9%)	924 (88,8%)		<b>0,009</b>		
Közművek	Nincsen közművesítés	<b>51 (30,9%)</b>	84 (7,7%)	5,4 (3,62–8,04)	78,8	0,78 (0,36–1,66)	0,52
	Közművesített	114 (69,1%)	1014 (92,3%)		<b>0,0001</b>		
Kávéfogyasztás terhesség alatt	Igen	<b>120 (74,1%)</b>	519 (47,0%)	3,22 (2,22–4,66)	40,31	2,35 (1,53–3,60)	<b>0,0001</b>
	Nem	42 (25,9%)	585 (53,0%)		<b>0,0001</b>		
Alkoholfogyasztás terhesség alatt	Igen	<b>27 (16,7%)</b>	30 (2,7%)	7,08 (4,08–12,2)	59,8	6,34 (3,19–12,5)	<b>0,0001</b>
	Nem	135 (83,3%)	1062 (97,3%)		<b>0,0001</b>		
Sportolás	Nem sportol	<b>111 (74%)</b>	666 (65,7%)	1,48 (1,01–2,19)	3,70	0,70 (0,44–1,13)	0,15
	Sportol	39 (26%)	348 (34,8%)		<b>0,04</b>		
Étkezések száma	<2 naponta	<b>15 (10,6%)</b>	28 (2,6%)	4,37 (2,27–8,41)	20,69	3,94 (1,84–8,42)	<b>0,0004</b>
	>2 naponta	126 (89,4%)	1029 (97,4%)		<b>0,0001</b>		
Tisztában van a kockázati tényezőkkel	Nem	<b>87 (52,7%)</b>	435 (39,7%)	1,69 (1,21–2,35)	9,46	1,18 (0,78–1,79)	0,41
	Igen	78 (47,3%)	660 (60,3%)		<b>0,002</b>		
Odafigyel az étkezésre	Kicsit/egyáltalán nem	<b>111 (67,3%)</b>	381 (34,6%)	3,88 (2,74–5,50)	63,01	3,72 (2,39–5,87)	<b>0,0001</b>
	Teljes mértékben	54 (32,7%)	720 (65,4%)		<b>0,0001</b>		

Forrás: Voidazan et al. (2018)

2. táblázat: Az anyák szociodemográfiai és életmód változóinak összefüggése az újszülöttek alacsony születési súlyával

Kategóriák		Csoportok		Kétváltozós analízis		Többváltozós analízis	
		alacsony születési súly n=171	nincs alacsony születési súly n=1107	EH (MT 95%)	Khí-négyzet p érték	EH (MT 95%)	p érték
Dohányzás	Igen	<b>33 (19,3%)</b>	132 (11,8%)	1,76 (1,16–2,69)	6,52	1,71 (1,09–2,66)	<b>0,01</b>
	Nem	138 (80,7%)	975 (88,2%)		<b>0,007</b>		
Anya nemzetisége	Roma	<b>15 (8,8%)</b>	55 (5,0%)	1,84 (1,01–3,33)	3,43	1,60 (0,67–3,80)	0,27
	Nem roma	156 (91,2%)	1052 (95,0%)		<b>0,04</b>		
Anya iskolai végzettsége	<8 osztály	<b>51 (29,8%)</b>	245 (22,1%)	1,49 (1,04–2,13)	4,50	1,50 (0,88–2,56)	0,13
	Főiskola, egyetem	120 (70,2%)	862 (77,9%)		<b>0,02</b>		
Egy főre jutó bevétel	500 RON alatt	54 (32,7%)	261 (27,4%)	1,29 (0,90–1,84)	1,74	1,32 (0,82–2,10)	0,24
	500 RON felett	111 (67,3%)	693 (72,6%)		0,15		
Fizikai munkavégzés ter- hesség alatt	Igen	27 (16,1%)	147 (14,5%)	1,12 (0,72–1,76)	0,16	1,27 (0,77–2,10)	0,34
	Nem	141 (83,9%)	864 (85,5%)		0,60		
Ingatlan-tulajdon	Bérelt ingatlan	<b>42 (25,9%)</b>	102 (10,0%)	3,15 (2,09–4,73)	31,67	3,52 (2,27–5,47)	<b>0,0001</b>
	Saját ingatlan	120 (74,1%)	918 (90,0%)		<b>0,0001</b>		
Közművek	Nincsen közművesítés	15 (8,8%)	120 (11,0%)	0,78 (0,44–1,36)	0,54	0,36 (0,15–0,86)	<b>0,02</b>
	Közművesített	156 (91,2%)	972 (89,0%)		0,38		
Kávéfogyasztás ter- hesség alatt	Igen	84 (49,1%)	555 (50,7%)	0,93 (0,68–1,29)	0,089	0,93 (0,64–1,34)	0,71
	Nem	87 (50,9%)	540 (49,3%)		0,78		
Alkoholfogyasztás ter- hesség alatt	Igen	9 (5,4%)	48 (4,4%)	1,22 (0,58–2,54)	0,11	0,96 (0,42–2,18)	0,93
	Nem	159 (94,6%)	1038 (95,6%)		0,58		
Sportolás	Nem sportol	<b>126 (76,4%)</b>	651 (65,2%)	1,72 (1,18–2,53)	7,50	1,42 (0,93–2,18)	0,10
	Sportol	39 (23,6%)	348 (34,8%)		<b>0,005</b>		
Étkezések száma	<2 naponta	6 (3,6%)	37 (3,6%)	0,99 (0,41–2,39)	0,006	0,62 (0,24–1,56)	0,31
	>2 naponta	162 (96,4%)	993 (96,4%)		0,98		
Tisztában van a kockázati tényezőkkal	Nem	<b>93 (55,4%)</b>	429 (39,3%)	1,91 (1,38–2,65)	14,84	1,91 (1,33–2,74)	<b>0,0005</b>
	Igen	75 (44,6%)	663 (60,7%)		<b>0,0001</b>		
Odafigyel az étkezésre	Kicsit/egyáltalán nem	78 (46,4%)	414 (37,7%)	1,42 (1,03–1,98)	4,30	1,18 (0,79–1,74)	0,40
	Teljes mértékben	90 (53,6%)	684 (52,3%)		0,03		

Forrás: Voidazan et al. (2018)

# Cikkismertetés: Dohányzási tilalom és az újszülöttek egészsége: magyarországi tapasztalatok

Article review: Smoking ban and health at birth: Evidence from Hungary

Ismertető: Kiss Judit ✉  
*EMMI, Népegészségügyi Főosztály, Dohányzás Fókuszpont*

Ismertetett cikk: Tamás Hajdu, Gábor Hajdu: Smoking ban and health at birth: Evidence from Hungary. *Economics & Human Biology*, Volume 30, September 2018.  
doi: [10.1016/j.ehb.2018.05.003](https://doi.org/10.1016/j.ehb.2018.05.003)

Beküldve: 2019. 03. 22.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.422

**Kulcsszavak:** dohányzási tilalom; újszülöttek egészsége; szakpolitika értékelés

**Keywords:** smoking ban; health at birth; policy evaluation

Magyarországon a nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. törvény 2012-ben életbe lépett szigorítása<sup>1</sup> alapján betiltották a zárt légtérben való dohányzást a vendéglátóipari egységekben, szórakozóhelyeken, munkahelyeken és közforgalmú intézményekben. A legjelentősebb változás - a korábbi szabályozásokhoz képest - a vendéglátóipari egységek esetében történt.

A hivatkozott tanulmányban a vendéglátóipari egységekben dolgozó munkavállaló nők és újszülött gyermekeik egészségében bekövetkező változást - a törvényi szigorítás előtti és utáni időszak között - vetették össze a kontrollcsoport adataival. A kontrollcsoportba a kereskedelem és szolgáltatási szektorban dolgozó nők és újszülöttjeik kerültek, akik már a törvényi változás előtt is füstmentes

munkahelyi környezetben dolgozhattak a várandósságuk alatt. A vizsgálat során egyéni szintű élveszületési- és csecsemőhalálozási adatbázisokat használtak fel, a Központi Statisztikai Hivatal mikroadat-állományainak tudományos vizsgálati módszereivel.

A kutatás eredményei alapján a dohányzási tilalom szignifikánsan javította az érintett anyák újszülöttjeinek egészségét, így többek között nőtt az átlagos születési súly, 1,2-2,2 százalékponttal csökkent a nagyon alacsony és az alacsony (2500 g alatti) születési súlyú újszülöttek aránya, emellett a csecsemőhalálozás esélye is csökkent. A tilalom elsősorban az alacsony iskolai végzettségű szülők újszülötteinek egészségére gyakorolt kedvezőbb hatást.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A dohányzási tilalom bevezetése kétféle módon is hozzájárult az újszülöttkori egészségmutatók javulásához: egyrészt a dohányzó nők leszokásra való motiválásán keresztül, másrészt a füstmentes munkahelyi környezet révén, a passzív ártalmak csökkenésével. A tanulmány szerzői szerint a tilalom elsősorban az érintett nők dohányzási szokásainak megváltoztatása útján javította a születéskori egészségmutatókat. A születéskori egészség jelentős hatással bír a felnövekvő gyermekek későbbi élet- és egészségkilátásait tekintve is, így a dohányzási tilalom ezt is kedvező módon befolyásolja. A tanulmány eredményei fontos hivatkozási alapként szolgálhatnak a hazai jogalkotási és döntéshozatali mechanizmusok tervezési szakaszában az egészségpolitikai szakemberek számára.

<sup>1</sup> 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

# Cikkismertetés: Alkohol fogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése

Article review: Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK Million Women Study

Ismertető: Czér Polla ✉  
*Nemzeti Népegészségügyi Központ*

Ismertetett cikk: Simpson RF, Hermon C, Liu B, Green J, Reeves GK, Beral V, Floud S, Million Women Study Collaborators Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK Million Women Study, *Lancet Public Health*, 2019 Jan;4(1):e41-e48.  
doi: [10.1016/S2468-2667\(18\)30230-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30230-5)

Beküldve: 2019. 04. 02.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.447

**Kulcsszavak:** alkohol; alkoholfogyasztás; alkoholfogyasztási szokások; májcirrózis

**Keywords:** alcohol; alcohol consumption; alcohol drinking patterns; liver cirrhosis

## BEVEZETÉS

Az alkoholfogyasztás jól ismert oka a májcirrózisnak, ahogyan az is bizonyított, hogy a cirrózis előfordulási gyakorisága emelkedik az elfogyasztott alkohol mennyiségével. Arról azonban eddig kevés információ állt rendelkezésre, hogy a cirrózis kockázatát hogyan befolyásolják a különböző alkoholfogyasztási szokások, a fogyasztás gyakorisága vagy az alkohol fajtája. A cikk ezt a kérdést járta körül.

## MÓDSZERTAN

A Million Women Study egy brit, prospektív vizsgálat, amelybe 1,3 millió, 1935 és 1950 között született brit nőt vontak be az Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS) emlőszűrő programján keresztül 1996 és 2011 között. A részt vevő nőknek a felmérés kezdetén, majd 3-5 évente kellett kitölteniük egy, az egészségüket átfogóan vizsgáló kérdőívet.

A kérdőívek minden alkalommal tartalmaztak az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdéseket is. 2001-ben arról kérdezték a kutatás résztvevőit, hogy hetente hányszor és hány egységnyi alkoholtartalmú italt fogyasztanak, valamint hogy az alkoholfogyasztás étkezéssel együtt történik-e vagy sem. A résztvevőket négy kategóriába osztották az alapján, hogy hány egységnyi alkoholos italt fogyasztanak el hetente. Egy egységnyi alkoholos italnak minősült egy pohár bor, fél korsó sör vagy 2 cl égetett szeszesital. Az elemzésbe azok kerültek bele, akik legalább heti egy alkoholtartalmú italt elfogyasztanak.

## EREDMÉNYEK

Az elemzésbe bevont 401 806 nő közül 18% számolt be arról, hogy 1-2 egységnyi alkoholos italt fogyaszt el hetente, 37%-uk 3-6 italt, 36%-uk 7-14 italt, 9%-uk pedig 15 egységnyi vagy annál több italt iszik. Az összes kategória esetén átlagosan magasabb volt

az alkoholfogyasztás pénteken, szombaton és vasárnap, mint a hét többi napján.

A résztvevők mintegy fele számolt be arról, hogy általában étkezésekhez fogyaszt alkoholt, ők valamennyivel kevesebbet is ittak, mint azok, akiknél a fogyasztás nem volt egybekötve étkezéssel, továbbá kisebb valószínűséggel dohányoztak vagy éltek hátrányos helyzetű térségekben. Az elfogyasztott alkohol mennyiségétől függetlenül a cirrózis kockázata minden esetben alacsonyabb volt, amikor az alkoholfogyasztást étkezés is kísérte.

Azok esetében, akik 7 vagy annál több egységnyi alkoholt fogyasztottak el egy héten, függetlenül az alkohol fajtájától vagy attól, hogy étkezéshez fogyasztották-e vagy sem, a cirrózis kockázata magasabb volt napi rendszerességű fogyasztás esetén, mint kevésbé rendszeres fogyasztás mellett.

Az alkohol fajtáját tekintve a nők 57%-a nyilatkozott úgy, hogy többféle alkoholt fogyaszt, és a harmaduk (34%) számolt be arról, hogy csak bort iszik. A borfogyasztás azon nők körében volt gyakoribb, akik rendszerint étkezésekhez ittak alkoholt. A cirrózis kockázata az alkohol fajtájától függetlenül hasonló volt, azonban mind a kizárólag bort ivók, mind az egyéb alkoholt fogyasztók körében alacsonyabb volt azoknál, akik többnyire csak étkezéshez ittak.

A vizsgálat időtartama alatt a 401 806, átlagosan 60 éves nő közül, akiknek korábban nem volt sem cirrózis, sem hepatitisze, 1560-an kerültek kórházba cirrózissal, és ebből 42-en haltak meg a betegség következtében.

## TANULSÁGOK HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány legfontosabb üzenete, hogy még a mérsékelt alkoholfogyasztás is növeli a májcirrózis kockázatát. Ennek tükrében a hazai alkoholfogyasztási szokásokat figyelembe véve, az elfogyasztott alkoholmennyiség csökkentésének határozott hangsúlyozása mellett célszerű lenne azokra a - tanulmányban is említett - lehetséges módokra is felhívni a figyelmet, amelyekkel az alkohol káros hatásai némileg mérsékelhetők.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A Million Women Study az első vizsgálat, ami az étkezéshez kapcsolódó alkoholfogyasztás és a májcirrózis incidenciája közötti összefüggést vizsgálta. A tanulmány mérete és prospektív megközelítése, valamint az alkoholfogyasztás mintázatainak mélyreható vizsgálata olyan alapos betekintést enged az ivási szokások hatásaiba, amit a korábbi tanulmányok nem tudtak biztosítani.

Az eredményeket összefoglalva elmondható, hogy a májcirrózis kockázata az elfogyasztott alkohol mennyiségével nő, de adott heti alkoholbevitel esetén a cirrózis incidenciája alacsonyabb, ha a fogyasztás nem napi rendszerességű és étkezéssel egybekötött.

Az összefüggés mögött meghúzódó mechanizmusok egyelőre nem világosak. Ami az étkezést illeti, az a feltételezés, hogy az étel jelenlétében az alkohol lassabban szívódik fel a bélben, alacsonyabb véralkoholszinthez vezetve. A nem naponta történő fogyasztás esetén az egyik lehetséges magyarázat az, hogy az alkoholbevitel szüneteltetése lehetővé teszi, hogy a máj minden alkoholfogyasztás után regenerálódni tudjon.

A tanulmány korlátait tekintve megemlítenédő, hogy nem vizsgált férfiakat, és nem rendelkezik információkkal a fiatalabbak ivási szokásairól. Továbbá a minta nem tartalmazott nagy számban nagyivókat, ezért a rendszertelen, nagymértékű alkoholfogyasztás különböző mintázatainak hatását nem tudta mérni.

# Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás, és annak kapcsolata az impulzív viselkedéssel az egészséges OPRM1G allél hordozóinak körében

Article review: Alcohol consumption in healthy OPRM1G allele carriers and its association with impulsive behavior

Ismertető: Varga Szabolcs ✉  
*Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet*

Ismertetett cikk: Pfeifer P, Sariyar M, Eggermann T, Zerres K, Vernaleken I, Tüscher O, Fehr C. Alcohol consumption in healthy OPRM1 allele carriers and its association with impulsive behavior. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(4):379-384. doi: [10.1093/alcalc/agt019](https://doi.org/10.1093/alcalc/agt019)

Beküldve: 2019. 06. 03.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.481

**Kulcsszavak:** alkoholfogyasztás/genetika; impulzív viselkedés; fiatal felnőtt

**Keywords:** alcohol drinking/genetics; impulsive behavior; young adult

## HÁTTÉR

A kapcsolat az alkoholhasználat zavarai (Alcohol Use Disorder, AUD) és az impulzivitás között jól dokumentált. Mivel az AUD örökölhetősége is bizonyított, a két állapot genetikai hátterének vizsgálata igen fontos téma. Ezzel foglalkozik a bemutatott kutatás, melynek során az RWTH Aachen Egyetem és a Mainzi Egyetem kutatói az OPRM1A118G polimorfizmus és az alkoholfogyasztás, valamint az impulzív viselkedés előfordulása közötti kapcsolatot vizsgálták szociális ivók körében.<sup>1</sup>

## MÓDSZER

Összesen 214 egészséges férfit vontak be a vizsgálatba, a résztvevők mind szociális ivók voltak. Minden kutatásba bevont személy esetében genotipizálták az OPRM1 A118G variánst. Az alkoholfogyasztást az AUDIT teszttel (Alcohol Use Disorders Identification Test), az impulzív viselkedést az UPPS impulzív viselkedés-skálával (Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation Seeking) mérték.

Az AUDIT egy önkitöltős, 10 itemből álló skála, melyet a kockázatos, ártalmas alkoholfogyasztás és az alkoholfüggőség mérésére dolgoztak ki. A UPPS-nek négy alskálája van: a negatív értelemben vett sürgősség (negatív érzelmi állapot esetén fellépő erős impulzív készletetés); a kitartás hiánya (koncentráció fenntartásának nehézsége unalmas vagy bonyolult feladatok során); az előre megfontolás hiánya (a saját viselkedés lehetséges következményeinek számbavételének elmaradása a cselekvést megelőzően) és az élménykeresés (nyitottság és motiváció izgalmas és akár veszélyes viselkedésformák iránt).<sup>2</sup> A statisztikai analízis során a kutatók a korreláció-elemzés, t-próba és ordinális regressziós modell módszereket alkalmazták.

## EREDMÉNYEK

A vizsgált 214 résztvevő közül 49 hordozta az OPRM1 118G allélt. Körükben a kutatók valamivel nagyobb hajlamot tapasztaltak az alkoholfogyasztásra [1. táblázat]



1. táblázat: A G-allélt hordozó résztvevők UPPS és AUDIT pontszámjai, összehasonlítva az A-allélt hordozókkal (átlag és szórás)

	A118G	A118A	P
AUDIT alkoholfogyasztás gyakorisága	2,35 (0,6)	2,12 (0,7)	0,039*
AUDIT elfogyasztott alkohol mennyisége	0,59 (0,6)	0,80 (0,8)	0,107
AUDIT nagyívás (6 vagy több alkoholos ital/nap) gyakorisága	1,16 (0,7)	0,96 (0,7)	0,085
AUDIT kockázatos alkoholfogyasztás	4,10 (1,3)	3,85 (1,6)	0,329
UPPS előre megfontolás hiánya	25,27 (4,3)	23,73 (4,2)	0,044*
UPPS sürgősség	35,65 (5,3)	35,82 (5,2)	0,815
UPPS élménykeresés	22,52 (6,9)	23,10 (6,5)	0,584
UPPS kitartás hiánya	19,92 (3,8)	19,08 (4,1)	0,210

Forrás: Pfeifer P et al. 2015

A gyakoribb alkoholfogyasztás a sürgősség és kitartás hiánya alkálák magasabb pontszámával függött össze a G allélt hordozók körében.

A kutatás eredményei alapján kijelenthető, hogy a szociális ivók körében az OPRM1 gén 118G alléljának hordozóinál meghatározó a genetikai hajlam az alkoholfogyasztás tekintetében. Továbbá a vizsgálatban részt vevő kutatók kapcsolatot mutattak ki az alkoholfogyasztás gyakorisága és az impulzivitás sürgősség és a kitartás hiánya dimenziói között,

ami a problémás alkoholfogyasztás szempontjából lehetséges kockázati tényező az OPRM1 118G allél hordozói körében. A vizsgálat eredményei megerősítik azokat az előzetes kutatási eredményeket, melyek szerint az OPRM1 118G allél hordozói körében nagyobb a hajlam az AUD kialakulására olyan, genetikailag meghatározott mechanizmus miatt, amely befolyásolja az alkoholfogyasztási szokásokat és az impulzív viselkedést.

## TANULSÁGOK HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az alkoholfogyasztás fő motivációs faktora a fiatal felnőttek körében a szociális motiváció.<sup>3</sup> Ebben a korcsoportban kiemelkedő a szociális ivás szerepe, és növekvő arányú az AUD előfordulása az előző korosztályokhoz képest. Az alkoholfogyasztás okozta zavarok kialakulásában környezeti és genetikai tényezők egyaránt szerepet játszanak, az alkoholfüggőség heritabilitása 50-60% közé tehető.<sup>4</sup> A fiatal korosztályok körében végzett, hatékony prevenció munkához ezért kiemelten fontos az alkoholfogyasztás genetikai hátterével kapcsolatos tudásunk bővítése, ehhez járul hozzá az ismertett tanulmány.

## TÁMOGATÁS

A közlemény a Tempus Közalapítvány támogatásával készült.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Pfeifer P, Sariyar M, Eggermann T, Zerres K, Vernaleken I, Tüscher O, Fehr C. Alcohol consumption in healthy OPRM1 allele carriers and its association with impulsive behavior. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(4):379-384.

<sup>2</sup> Whiteside, S. P., Lynam, D. R. (2001): The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669–689.

<sup>3</sup> Pikó B, Varga Sz, Thomas WA. A study of motives for tobacco and alcohol use among high school students in Hungary. *J Community Health*, 40(4), 744–749.

<sup>4</sup> Diószegi J, Fiatal S, Tóth R, Moravcsik-Kornyicki Á, Kósa Z, Sándor J, McKee M, Ádány R. Distribution Characteristics and Combined Effect of Polymorphisms Affecting Alcohol Consumption Behaviour in the Hungarian General and Roma Populations. *Alcohol Alcohol*. 2017 Jan;52(1):104-111.

# Cikkismertetés: A testtömegindex és az összhalálozás, illetve az okspecifikus halálozás összefüggései

Article review: Association of body mass index with overall and cause-specific mortality

Ismertető: Wolher Veronika ✉  
*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet*

Ismertetett cikk: Bhaskaran K, dos-Santos-Silva I, Leon DA, et al. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6:944–53. doi: [10.1016/S2213-8587\(18\)30288-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30288-2)

Beküldve: 2019. 04. 02.  
doi: 10.24365/ef.v60i3.448

**Kulcsszavak:** elhízás; testtömegindex; halálozás

**Keywords:** obesity; body mass index; mortality

Az egyén tápláltsági állapotát leíró testtömegindexről (BMI) ismeretes, hogy szoros kapcsolatban áll az összhalálozással, de eddig kevés tanulmány bizonyult elég nagy esetszámúnak ahhoz, hogy megbízhatóan vizsgálja a BMI és az okspecifikus halálozási kimenetek széles skálájának összefüggéseit.

Az alább ismertetett követéses vizsgálatban az Egyesült Királyságban gyűjtöttek adatokat 1998 és 2016 között a 16 éven felüli lakosság köréből. A kutatásban a nemzeti halálozási nyilvántartás és az alapellátás adatait használták fel a BMI és az összhalálozás, valamint az okspecifikus halálozási adatok összefüggéseinek feltáráshoz. Ehhez az adatokra illesztett és korrigált Cox-regressziós modellekkel vizsgálták a BMI és az összhalálozás, valamint a BMI és a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. verziójú (BNO-10) kódok szerinti okspecifikus halálozási kimenetek széles skálája közötti kapcsolatot. A modelleket korrigálták nemre, korra, dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokra, kettes típusú cukorbetegség fennállására és társadalmi-gazdasági helyzetre a többszörös deprivációs index (Index of Multiple Deprivation, IMD) segítségével. A teljes vizsgálati csoportba több mint 3,5 millió személy került. A következő eredmények közel

2 millió nem dohányzó és közel 200 ezer elhalálozott személy adatainak elemzéséből származnak. A BMI J-alakú összefüggést mutatott az összhalálozással; a BMI 5kg/m<sup>2</sup>-es növekedésének becsült veszélyhányadosa 0,81 (95%-os megbízhatósági tartomány 0,80-0,82) volt 25kg/m<sup>2</sup> alatt és 1,21 (95% megbízhatósági tartomány 1,20-1,22) volt e felett. A BMI a közlekedési balesetek kivételével minden halállal összefüggést mutatott, ám annak alakja változó volt. A legtöbb halálok, úgymint a daganatos, szív- és érrendszeri, valamint légzőszervi megbetegedések J-alakú összefüggést mutatnak a BMI-vel, a legalacsonyabb kockázatot a 21-25kg/m<sup>2</sup> tartományban tapasztalták. A mentális- és viselkedészavarok, a neurológiai és a nem közlekedési baleseti okok esetében a BMI fordított összefüggésben volt a halálozással a 24-27kg/m<sup>2</sup> tartományig, és a magasabb BMI értékek esetében gyengébb kapcsolatot mutatott. Az öngyilkosság, vagy gyilkosság okozta halálozások esetében fordított lineáris kapcsolat volt megfigyelhető. A BMI és a halálozás közötti kapcsolat fiatalabb korban erősebbnek bizonyult, mint idősebb korban. A legkisebb halálozási kockázathoz kapcsolódó BMI magasabb volt az idősebbeknél, mint a fiatalabbak-

nál. Az egészséges testsúlyú (BMI 18,5-24,9kg/m<sup>2</sup>) személyekhez képest a 40 éven felüliek várható élettartama 4,2 évvel volt kevesebb az elhízott (BMI≥30,0kg/m<sup>2</sup>) férfiak és 3,5 évvel az elhízott nők esetében, míg 4,3 évvel volt rövidebb az alultáplált (BMI<18,5kg/m<sup>2</sup>) férfiak és 4,5 évvel az alultáplált nők esetében.

Amikor a dohányzókat is bevonták az elemzésekbe, a legtöbb halálokra vonatkozó eredmény nagyjából hasonló volt, noha az alacsonyabb BMI értékekkel rendelkező személyek körében kissé erősebb kapcsolatok mutatkoztak, ami a dohányzás enyhe zavaró hatására utalhat.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmányban leírtak szerint a BMI és az összhalálozás, illetve a legtöbb okspecifikus halálozás kapcsolata J-alakú összefüggést mutat. Jelen vizsgálat eredményei nemcsak a magas, hanem az alacsony BMI kockázatnövelő szerepére is felhívják a figyelmet, valamint életkori összefüggéseket is feltártak. A tanulmány eredményei szerint az alacsony BMI megnövekedett halálozási kockázattal társul többek közt a mentális- és viselkedészavarok, a neurológiai és a külső okok esetében is. Ezért érdemes minden életkorban nagyobb hangsúlyt fektetni az optimális energiaegyensúlyra a normál testtömegindex megtartása, illetve elérése érdekében.

# Beszámoló az „Egészség és épített környezet II.” címmel a Magyar Tudományos Akadémián rendezett konferenciáról

Report on the „Health and Environment II.” conference held at the Hungarian Academy of Science

Szerző: Csizmadia Péter ✉  
*Nemzeti Népegészségügyi Központ*

Beküldve: 2019. 06. 12.  
doi: 10.24365/ef.v60i2.487

**Kulcsszavak:** környezet; egészség

**Keywords:** environment; health

2015 végén alakult az a munkacsoport, amely azt a célt tűzte ki maga elé, hogy tevékenységével a különböző szakterületek képviselői számára fórumot nyisson az egészség és az azt befolyásoló épített környezet témájában.

Tagjai között népegészségügyi szakemberek, építészek és társadalomtudósok is helyet kaptak, akik az elmúlt években több alkalommal is műhelymegbeszéléseket rendeztek. Az első ebben a témában rendezett konferenciáról [itt](#) olvashat.

A munkacsoport legutóbb 2019. május 29-én szervezett konferenciát „Egészség és épített környezet II.” címmel a Magyar Tudományos

Akadémián, amelyre az egészségfejlesztés, népegészségügy, város- és településszociológia, rekreáció, illetve a várostervezés területén tevékenykedő szakembereket hívtak meg. Szervezésében az MTA Megelőző Orvostudományi Bizottsága (MOB) és az Környezet és Egészség Osztályközi Állandó Bizottsága, a Budapesti Corvinus Egyetem (BCE) Gazdaságföldrajz, Geoökonómia és Fenntartható Fejlődés Intézet és a Magyar Urbanisztikai Társaság (MUT) együttműködve vett részt.

A konferencián az alábbi előadások hangzottak el, amelyek a címükre kattintva letölthetők:

## [A mesterséges környezet hatása az egészségre](#)

*Vitrai József PhD (EMMI, MOB)*

## [A WHO ostravai deklarációja](#)

*Csizmadia Péter (NNK)*

## [Lakókörnyezeti tényezők és az elhízás közötti kapcsolat modellezése](#)

*Bárdos Helga (Debreceni Egyetem)*

## [Budapest Sportfőváros, közterek használata](#)

*Lacza Gyöngyvér (Testnevelési Egyetem)*

## [Közösség és életmód egy Budapest környéki településen](#)

*Tomay Kyra (BCE)*

## [Smart City](#)

*Mártonffy Miklós (Budapest Önkormányzat főépítésze)*

## [A mozgás szabad terei - Javaslat az egészséget támogató városok programjára](#)

*Salamin Géza (BCE, MUT)*

## [Stratégiai célok, gyakorlati példák](#)

*Veress Réka (Nemzeti Diák-, Hallgatói- és Szabadidősport Szövetség)*

## Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az egészséget meghatározó strukturális tényezők integrálása az egészségfejlesztési szakemberek népegészségügyi mesterképzésébe](#)

Bíró Éva

[Cikkismertetés: A szociodemográfiai adatgyűjtést támogató és akadályozó tényezők a kanadai egészségügyben: egy többhelyszínes esettanulmány](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[Beszámoló az „Egészség és épített környezet” címmel a Magyar Tudományos Akadémián rendezett konferenciáról](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Semmelweis és a legszebb magyarázat. Oksági következtetés az epidemiológiában](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: "A tegnap megoldásai mára problémák lesznek". A rendszerszintű gondolkodással és komplexitás-tudománnyal kapcsolatos diskurzus értelmezése az értékelés elmélete és gyakorlata szempontjából](#)

Csáki József Máté

[Társadalmi tőke az egyéni jóllét kontextusában. Az OECD által kidolgozott társadalmi tőke-interpretáció fényében](#)

Kőműves Sándor

[2017-es adatokkal frissült a halandósági adatbázis](#)

[A védett munkahelyek jogi és pszichológiai hatása a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, egy érintett szemszögéből](#)

Lengyel Júlia

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Ismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Ismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Ismertetés: Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezélmélet nehézségei](#)

Csáki József Máté

[Horváth-Tarján Anna doktori fokozatot szerzett az intravénás szerhasználók kockázati tényezőinek vizsgálata témában](#)

[Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

Csáki Máté

[„Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés](#)

Kasza Katalin

[A Szociális Jogok Európai Pilléréről](#)

Andor Csaba

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

Nyírády Adrienn

[Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell](#)

Csizmadia Péter

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

Vitrai József

[A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve](#)

[Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés](#)

Vokó Zoltán

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés](#)

Balku Eszter, Vitrai József

[Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció](#)



Vitrai Sára

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény](#)

Varsányi Péter, Vokó Zoltán

[Az egészségügyenélőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

Csizmadia Péter

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

Vitrai József

[Miért van szükségünk közösség alapú egészségfejlesztésre?](#)

Benyó Béla

[Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben](#)

Csizmadia Péter

[Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

Kaposvári Csilla, Vitrai József

## Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei](#)

Gabnai Zoltán, Müller Anetta, Bács Zoltán, Bácsné Bába Éva

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Éva

[A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai](#)

Tánczos Zoltán, Bognár József

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Betegségteher és a mentális zavarok kezelésére fordított állami kiadások: az amerikai egészségügyi rendszer válaszlépéseinek keresztmetszeti és ökológiai vizsgálata](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[A családi tradíció szerepe kisdéd – kisgyermek táplálkozásában](#)

Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

[Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők](#)

Pachner Orsolya, Lendvay Zsófia

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! 3. – Befektetés a jövőbe](#)

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

### [A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

### [Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

### [Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

### [A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása](#)

Kocsis Éva

### [Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

### [Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fúzi Márta

### [SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! Akció az irodában](#)

### [A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Lőkös Dániel

### [Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

### [Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

### [Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

### [Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

### [Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

### [A Magyar Gyermekorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkori fontosságáról](#)

### [SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el!](#)

### [Tartui felhívás az egészséges életmódot – Ismertető](#)

Veress Réka

### [Cikkismertetés: A mentális egészség újradefiniálásának irányába](#)

Maczali Katalin

[A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

Nagy Barbara

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban](#)

Taller Ágnes, Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak \(Disease Control Priorities\) kulcsüzenetei, 3. kiadás](#)

Kis Nóra

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop](#)

Csizmadia Péter

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróiné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

Maczali Katalin

### SZEMLE

- Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra
- Egészség és boldogság
- Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében
- Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei
- Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé
- A kerékpározási jártasság tréning hatása, a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások Alspac-ból, Egyesült Királyság, longitudinális kohorsz

### SZEMLE

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban
- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

### SZEMLE

- Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából
- A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.
- A kockázati tényezők hozzájárulása a többlet halálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából



## Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcárnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: A megvásárolt élelmiszerek tápanyagminősége a háztartások jövedelmének függvényében: SHoPPER vizsgálat](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: A házi készítésű ételeket nagy és kis mennyiségben fogyasztó egyének táplálkozási jellemzőinek összehasonlítása egy egységes, minőségi étrendet követő csoport körében: a nagy-britanniai Nemzeti Táplálkozás és Tápláltsági Állapot vizsgálat keresztmetszeti elemzése \(2008-2016\)](#)

Skerlecz Petra

[Cikkismertetés: A szénhidrátok minősége és az emberi egészség: a témában megjelent áttekintő tanulmányok és metaanalízisek](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Az értelmező és a reduktív előlapi élelmiszcímke szerepe az élelmiszer-választásban és a vásárlásban](#)

szabó Andrea

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához](#)

Krakkó Ágnes

[A családi tradíció szerepe a kisdetek és kisgyermek táplálkozásában](#)

Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

[Képzeld el! 3. – Befektetés a jövőbe](#)

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Cikkismertetés: Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Cikkismertetés: A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása](#)

Kocsis Éva

[Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

[Cikkismertetés: Árkülönbségek modellezése az egészséges és átlagos étrend között: új-zélandi esettanulmány](#)

Mózes Noémi

[Cikkismertetés: Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index \(ESZI INDEX\) – Jelentés, Anglia](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat – a szerzők észrevételekre adott válaszai](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

[Képzelse el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódot - Ismertető](#)

Veress Réka

[Hozzászólás az 'Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására' közleményhez](#)

Kovács Anna Viktória

[Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése](#)

Erdei Gergő

[Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására](#)

Vitrai József, Bakacs Márta

[Cikkismertetés: A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: Élelmiszer, egészség és komplexitás: egy olyan koncepcionális megértés felé, amely az együttműködésen alapuló népegészségügyi cselekvést irányítja](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: A zöldség-, gyümölcs- és hüvelyesek fogyasztása és a kardiovaszkuláris betegségek és halandóság 18 országban \(PURE\): prospektív kohorsz vizsgálat](#)

Bakacs Márta

[Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: 'Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz](#)

Vitrai József

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

Nagy Barbara

[A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és érték közvetítés a középiskolás korosztályban](#)

Lelovics Zsuzsanna

[A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei](#)

Réthy Attila Lajos

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László<sup>3</sup> Bence, Szabó Zoltán

[OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára](#)

Szűcs Zsuzsanna

[„Egészség-konyha” – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben](#)

Fekete Krisztina

[Egészségedre! Mókuserék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról](#)

Köteles Gábor, Kutai Orsolya

[Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés](#)

Fekete Krisztina, Henter Izabella

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

## Tematikus cikkválogatás az egészségműveltség és egészségkultúra területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból az egészségműveltség és egészségkultúra területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés](#)

Varga Szabolcs

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

Végh Balázs, Bíró Éva

[Ismeretetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

Szabó Tímea Pálma

[A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig](#)

Kun Eszter

[Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz](#)

Maczali Katalin

[Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban](#)

Koltai Júlia, Kun Eszter

[Az egészségműveltség definíciói](#)

Csizmadia Péter

[Az értés fél egészség](#)

Borjádi Györgyi

[Ismeretetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

Csáki Máté

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

Kaposvári Csilla, Vitrai József

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

Vitrai József

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

Nagy Barbara

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? III. rész: Környezet, kultúra és egészség](#)

Csizmadia Péter



## Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Légszennyezés és a gyermekek légúti megbetegedései Londonban](#)

Márovics Gergely

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Az iskolai klíma és az egészségi állapot javítása középiskolában](#)

Kis Bernadett

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés](#)

Varga Szabolcs

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[A felső tagozatos és a középiskolai biológia tankönyvek szerepe az egészségnevelésben](#)

Szalaiiné Tóth Tünde, Nagyné Horváth Emília, Falus András, Bihariné Krekó Ilona, Mészárosné Darvay Sarolta, Kitzinger István, Kukovecz Éva, Karacs Zsuzsanna, Horváth Zsolt, Kőrösiné Molnár Andrea, Jánossyné Solt Anna, Feith Helga Judit

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Pozitív családtervezéssel kapcsolatos ismeretek](#)

Póhr Kitti, Gyenge Nikolett, Komlósi Kálmánné, Karácsony Ilona

[Új globális kezdeményezés –gyermekegészségügyi információt mindenkinek!](#)

Kovács Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Egy dán egészségtámogató iskolai intervenciós program megvalósulásának értékelése](#)

Varga-Nagy Veronika

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Év

[Egészségmagartartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

Végh Balázs, Bíró Éva

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Egy trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszer kialakítása – útmutató ismertetés](#)

Oláh Barnabás

[Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fúzi Márta

[Cikkismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

Szabó Tímea Pálma

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Dr. Lőkös Dániel

[Bemutatózik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program](#)

Falus András

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai](#)

Simon István Ágoston, Kajtár Gabriella

[Tartui felhívás az egészséges életmódot - Ismertető](#)

Veress Réka

[Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés](#)

Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Darvai Sarolta, Soósné Kiss Zsuzsanna, Füzi Rita, Bihariné Kerek Ilona, Gradwohl Edina, Kolosai Nedda, Falus András, Feith Judit Helga

[Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[Beszámoló az egészségfejlesztő testmozgással foglalkozó nemzeti kapcsolattartók november 13-14.-i zágrábi üléséről](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt \(NET-FIT®\) alapján](#)

Csányi Tamás, Kaj Mónika

[A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig](#)

Kun Eszter

[Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

Maczali Katalin

[A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész](#)

Burián Katalin, Spengler Gabriella

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenció megközelítései](#)

Járomi Éva, Kimmel Zsófia

[50 éves a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság](#)

Aszmann Anna, Mezei Éva, Andrássovsky Csilla

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László<sup>3</sup> Bence, Szabó Zoltán

[Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása](#)

Járomi Éva, Vitrai József

[Óvodáskori szájjápolás - egy mikro kutatás tükrében](#)

Baloghné Dr Bakk Adrienn, Ponty Erika

[A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és érték közvetítés a középiskolás korosztályban](#)

Lelovics Zsuzsanna

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető](#)

Solymosy József Bonifác

[A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ez előttről](#)

Solymosy József Bonifác, Kárpáti Tímea

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára - összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért](#)

Enhoffer Vivien

[„Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről](#)

Költő András

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Jövők: a Lancet Bizottsági ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről](#)

Bíróné Asbóth Katalin, Arnold Petra, Várnai Dóra

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József