

SZÁZADVÉG

A MAGYAR LAKOSSÁG PREVENCIÓHOZ VALÓ HOZZÁÁLLÁSA

V. NAGYKUTATÁS ELEMZÉSE: ÖSSZEFOGLALÓ
DOKUMENTUM

2025.

DOI: 10.65295/dissz-prevencio.2025



TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	3
2. A kutatások eredményei	4
2.1. A kérdőíves vizsgálat eredményei.....	4
2.1.1. Egészséges életmód, egészségmegőrzés – Közös kérdésblokk	4
2.1.2. Szűrővizsgálatok, szolgáltatások – „A” alminta	5
2.1.3. Gyógyszerek, alternatív gyógymódok – „B” alminta	7
2.1.4. Egészségügy és a mesterséges intelligencia – „C” alminta	8
2.1.5. Dohányzás és alkoholfogyasztás– „D” alminta	9
2.2. A fókuszcsoportos vizsgálat eredményei	10
2.2.1. Asszociációk	10
2.2.2. Egészséges életmód	14
2.2.3. Egészség-fejlesztő programok	16
2.2.4. Egészségmegőrzéssel kapcsolatos motivációk és félelmek	16
2.2.5. Kábítószer és dohánytermékek fogyasztása	18
2.3. A lakossági felmérés idején megjelent kormányzati elképzelések és az európai uniós programok összhangja	20
2.3.1. A betegségek megelőzéséről, a korai stádiumú felismerést szolgáló új egészségügyi szűrővizsgálati rendszer elveiről – koncepció	21
2.3.2. Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2033.....	27
3. Nemzetközi kitekintés a sikeres prevenciós programokra	31
3.1. Japán	31
3.1.1. Egészség Japán 21	31
3.2. Ausztrália	33
3.2.1. National Preventive Health Strategy	33
3.2.2. Ausztrál Nemzeti Elhízás Elleni Stratégia	33
3.2.3. Dohányzás-ellenes program.....	34
3.2.4. Rákmegelőzési programok	34
3.2.5. Ausztrál Nemzeti Bélrákszűrési Program	35
3.2.6. Slip, Slop, Slap, Seek, Slide	36
3.3. USA37	
3.3.1. National Diabetes Prevention Program (magyarul: „Nemzeti Diabétesz Megelőzési Program”).....	37
3.4. Portugália	37
3.4.1. Portugál dekriminalizációs politika.....	37
3.5. A külföldi példák alapján bevezetni javasolt programelemek.....	38
3.5.1. Egészségügyi Kártya Program	38
3.5.2. Magyar Gasztroreforma.....	39
4. Következtetések	41
5. Módszertan	43
5.1.1. Kvantitatív kutatási pillér	43



5.1.2. Kvalitatív kutatási pillér	43
5.1.3. Desk research.....	46



1. BEVEZETÉS

A népegészségügyi prevenció valamennyi ország és nemzet kiemelt ügyét képezi, tekintettel a megelőzés elsődlegességének szemléletére a betegségek kezelésével szemben. A lakosság egészségügyi állapota nem csupán az egyén számára fontos kérdés, a megelőzés gyakorlata és szemlélete hosszútávon számos gazdasági terhet vehet le egy ország válláról.

A kutatás célja feltérképezni a magyar lakosság népegészségügyi prevenciós eljárásokkal kapcsolatos attitűdjeit, megismerni a már Magyarországon és nemzetközi szinten érvényben lévő programok megítélését. A kutatás részét képezi a tervezett kormányzati egészségmegőrző és egészségfejlesztő programok, termékek és kampányok ismertetése, egyúttal azok értékelése a magyar lakosság részéről. A programok mellett figyelmet szentelünk a kutatásba bevont magyarok életmódjára is: felmérjük egészségügyi helyzetük objektív állapotát, valamint a szubjektív jóllét kérdése is teret kap. Az egészségmegőrző programok értékelése mellett fontos figyelmet fordítani arra is, hogy a lakosság mennyiben tudatos életmódját, egészségének megőrzését illetően, melynek részét képezik egyrészt a dohányzás és szerhasználathoz kötődő szokások, másrészt például a rendszeres szűrővizsgálatok és egyéb egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is. Végül a kutatás kiemelt figyelmet fordít az egészségügy és a mesterséges intelligencia alkalmazhatóságára egy olyan korban, ahol ezen megoldások immáron számos területen felhasználhatók.

Jelen vizsgálat során primer és szekunder adatok segítségével térképezzük fel a magyar lakosság egészséges életmóddal kapcsolatos törekvéseit és attitűdjeit, valamint a különböző bevett és tervezett prevenciós programokra vonatkozó ismereteket és véleményklímát.

Áttekintjük azokat a sikeres nemzetközi programokat, melyek tapasztalatai és módszerei alkalmazhatók a hazai tervezett prevenciós programok bevezetése és elfogadtatása során is.

Tekintettel arra, hogy a kutatás során a hazai szakpolitikai környezet nagyléptékű változást generált a szűrővizsgálatokkal kapcsolatosan 2025 januárjától bevezetendően, mindenképpen szükséges megtenni a lakossági észrevételek és a kormányzati törekvések összevezetését is.



2. A KUTATÁSOK EREDMÉNYEI

2.1. A kérdőíves vizsgálat eredményei

2.1.1. Egészséges életmód, egészségmegőrzés – Közös kérdésblokk

Jelen alfejezetben az egészséges életmódhoz és az egészségmegőrzéshez kapcsolódó kérdéseket tárgyaljuk.

Elsőként arról kérdeztük a válaszadókat, hogy saját életmódjukat mennyiben tartják egészségesnek. A kérdezettek több, mint háromnegyede (75,5 százaléka) nyilatkozta, hogy szerinte az, ahogyan életét éli, megfeleltethető az egészséges életmód kategóriájának. Közel ötödük (18,1 százaléka) határozottan egyetért az említettekkel. További 23,8 százalék azok aránya, akik inkább nem tartják életvitelüket egészségesnek, ugyanakkor mondhatni alacsony (4,8 százalék) azok aránya, akik szerint rájuk ez kimondottan nem igaz.

A demográfiai háttérváltozók mentén vizsgálva a kérdést szignifikáns összefüggés mutatkozik az iskolai végzettség szerint. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőket inkább jellemzi, hogy törekednek arra, hogy egészséges életmódot folytassanak, míg az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők és a nehezebb anyagi helyzetben élő kérdezettek alacsonyabb arányban értettek egyet a kérdéssel.

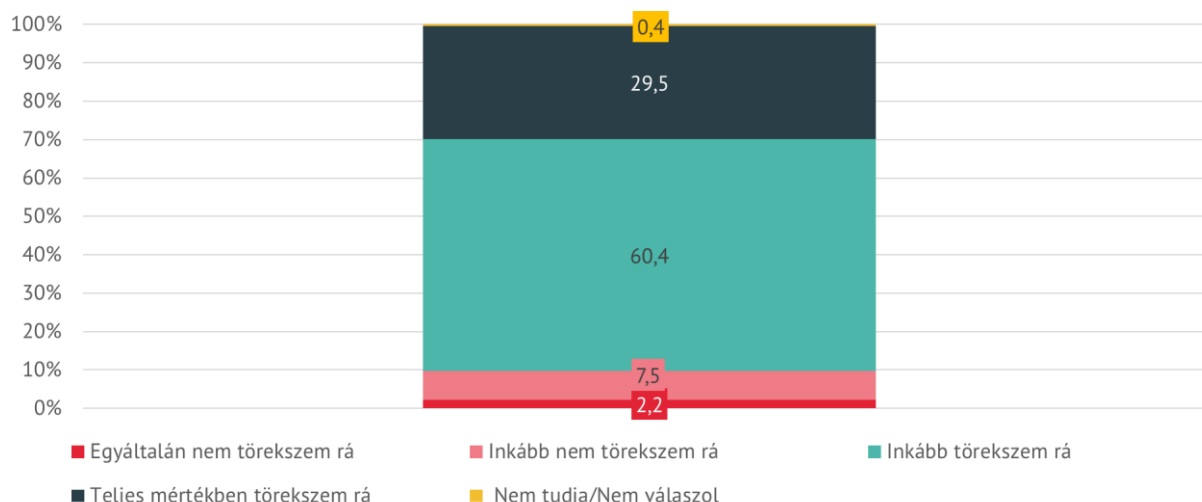
Ezt követően érintettük, hogy a lakosság szerint mely szereplő elsősorban az, akinek tennie kell az emberek egészségének megőrzése érdekében. A kérdezettek jelentős aránya, 84,8 százaléka elsősorban az egyén felelősségének tartja az egészségmegőrzést, melyet az állam követ, a válaszadók 12,2 százaléka vélekedik eszerint. Legalacsonyabb arányban, a lakosság 1,7 százaléka mindenekelőtt az önkormányzatokat tartja az egészségmegőrzés felelőssének.

Érdekesség, hogy az iskolai végzettséget figyelembe véve az állam felelősségét az átlaghoz képest magasabb arányban ismerik el egyrésről az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők, ugyanakkor az anyagi problémákkal küzdők is, míg a főiskolai vagy egyetemi diplomát szerzett válaszadók inkább az egyének saját feladatának tartják, hogy egészségük megőrzéséért tegyenek.

A válaszadók egészségüket illetően igen magas arányban nyilatkozták, hogy törekednek annak megőrzésére. A kérdezettek 89,9 százaléka gondot fordít rá, közel harmaduk (29,5 százaléka) határozottan igyekszik életét ennek mentén élni. A magyarok 9,7 százaléka állítja, hogy mindennapjait nem jellemzi, hogy egészsége megőrzésére törekedne, azonban csupán 2,2 százalék azok aránya, akikre ez egyáltalán nem igaz.



1. ÁBRA: MENNYIRE TÖREKSZIK ARRA, HOGY MEGŐRIZZE AZ EGÉSZSÉGÉT? (%)



Forrás: Századvég szerkesztése

2.1.2. Szűrővizsgálatok, szolgáltatások – „A” almintá

Az alábbi fejezetben részletesen bemutatjuk az „A” almintára (4962 fő) vonatkozó, konkrét egészségügyi termékekkel, programokkal kapcsolatos attitűdöket. Első körben az egészségmegőrzés egyik alapkövének számító, szűrővizsgálatokkal kapcsolatos attitűdöket tárgyaljuk.

A megkérdezettek kétharmada (65,1 százaléka) valamilyen mértékben nem értett egyet azzal az állítással, hogy a szűrővizsgálatokon meg nem jelenő személyek a következő hónapban fizetendő TB járuléka növekedjen a szűrővizsgálatok egy személyre jutó költségével. Ezt a program ötletet a válaszadók harmada (30,7 százaléka) azonban valamilyen mértékben támogatta: 19,9 százaléka inkább, míg 10,8 százaléka teljes mértékben egyetértett.

A nagyfokú egyet nem értés ellenére 63,9 százaléka számára ösztönzést nyújtana a szűrővizsgálatokon való részvételhez a rendelkezés bevezetése, míg a kérdezettek 31,9 százaléka számára valamilyen mértékben nem jelentene: 14,1 százaléka inkább, míg a válaszadók további 17,8 százalékát pedig egyáltalán nem ösztönözné.

A korábbi rendelkezéshez kapcsolódóan az egyéb plusz büntetést a kitöltők döntő többsége (80,3 százaléka) egyáltalán nem, vagy inkább nem támogatta. Támogatását fejezte ki a megkérdezettek ötöde (19,6 százaléka): a válaszadók 13,3 százaléka inkább, míg 6,3 százaléka teljes mértékben támogatná ezt a rendelkezést.

2.1.2.1. Szolgáltatások igénybevétele

A későbbiekben áttérünk bizonyos szolgáltatások értékelésére, amelyek hozzájárulnak az egészséges életmód eléréséhez/folytatásához. A válaszadók kétharmada (65,2 százaléka) ösztönzőnek találná, ha orvosi recept segítségével ingyenesen igénybe vehetne sportolási lehetőségeket, amelyeket egyéni preferenciák lennének kialakítva. Minden harmadik



megkérdezett (32,4 százalékuk) azonban ezt nem találja ösztönzőnek a testmozgásra: 15,1 százalékuk inkább, míg 17,3 százalékuk egyáltalán nem.

A kitöltők döntő többsége (82,6 százaléka) támogatását fejezte ki egy Szép Kártyához hasonló Egészségügyi kártya létrejöttével kapcsolatban, amely béren kívüli juttatásként biztosítana lehetőséget egészségügyi termékek, szolgáltatások, sporteszközök igénybevételéhez. Mindössze 14,7 százalék azok aránya, akik nem támogatnák ezt a kezdeményezést: 8,3 százalékuk inkább, míg 6,4 százalékuk egyáltalán nem.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy a kérdezettek milyen szerepkörben tevékenykednek: a válaszadók több, mint fele (58,4 százaléka) munkavállaló, 34,3 százalékuk munkanélküli/egyéb ellátásban részesülő, míg 5,4 százalékuk munkáltatónak minősül. A férfiak a mintán belül szignifikánsan magasabb arányban minősülnek munkavállalónak és munkáltatónak, míg több nő munkanélkülinek, egyéb ellátásban részesülőnek.

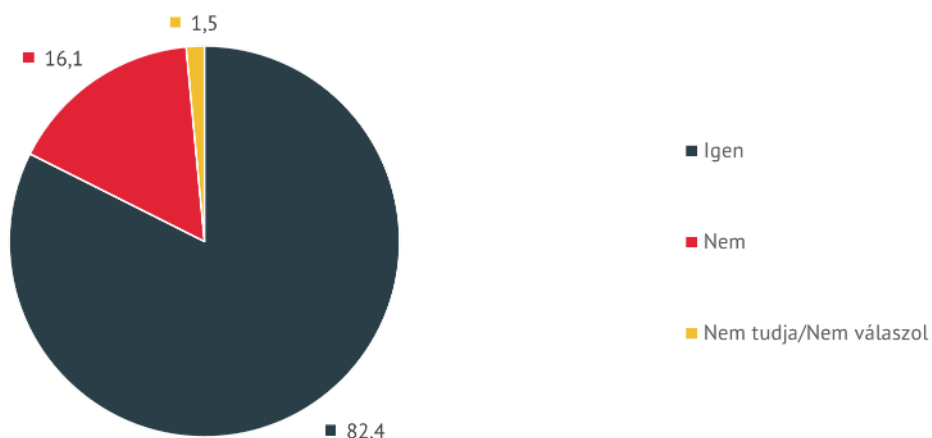
Az Egészségügyi Kártya támogatottsága szignifikáns összefüggést mutat a tevékenységi körrel: a munkáltatók az átlaghoz képest magasabb arányban bizonyultak elutasítónak (12,6 százalékuk) az Egészségügyi Kártyával kapcsolatban, míg a munkavállalók éppen, hogy sokkal támogatóbbak (51,4 százalékuk) voltak.

2.1.2.2. Egészséges élelmiszerek

A következő fejezetben az egészséges élelmiszerek témájára térünk át, ahol első körben belátható, hogy a megkérdezettek döntő többsége (82,4 százaléka) saját bevallása szerint tisztában van azzal, hogy mely élelmiszerek számítanak egészségesnek, tápanyagban gazdagnak. Ezzel a válaszadók 16,1 százaléka nincs tisztában.

Az élelmiszerek összetételét illetően úgy érzik, magabiztosabb tudással rendelkeznek a női válaszadók és a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező kérdezettek.

2. ÁBRA: ÖN TISZTÁBAN VAN AZZAL, HOGY MELY ÉLELMISZEREK SZÁMÍTANAK EGÉSZSÉGESNEK, TÁPANYAGBAN GAZDAGNAK? (N=4962, %)



Annak ellenére, hogy a döntő többség tisztában van az egészséges élelmiszerek alappilléreivel, tízből öt válaszadó (51 százalék) nehéznek ítélte a boltban vásárolt élelmiszerek esetében megállapítani, hogy mennyire egészségesek, tápanyagokban gazdagok. Ez a kitöltők 46,5 százaléka számára nem jelent problémát: 28,7 százaléknak inkább, míg a válaszadók 17,8 százaléka számára pedig egyáltalán nem jelent nehézséget.

2.1.3. Gyógyszerek, alternatív gyógymódok – „B” almintá

A soron következő fejezetben bemutatjuk a „B” almintára (5041 fő) vonatkozó kérdéseket. A kérdésblokk keretein belül arról kérdeztük a válaszadókat, hogy milyen gyakran és milyen típusú gyógyszereket szednek, valamint milyen okokból teszik ezt. Érdeklődtünk továbbá az alternatív gyógymódok használatáról és az ezek mögött meghúzódó indokokról.

2.1.3.1. Gyógyszerszedés

A megkérdezettek 41,6 százaléka napi rendszerességgel szed gyógyszereket, míg 1,9 százalékuk heti rendszerességgel teszi ugyanezt. A válaszadók 42,9 százaléka csak akkor szed gyógyszert, amikor szükségesnek érzi, és 13,6 százalékuk soha nem szed gyógyszert.

A gyógyszert szedők közül a legtöbben fájdalomcsillapítót használnak, ezt a válaszadók 53,5 százaléka szedi. A második leggyakoribb gyógyszer típus a vérnyomáscsökkentő, amelyet a lakosok 38,2 százaléka szed. Lázcsillapítót a válaszadók 27,3 százaléka, egyéb receptre kapható gyógyszereket pedig 24,6 százalékuk használ. Gyulladáscsökkentőket a kérdezettek 21,3 százaléka, antibiotikumot további 19,1 százalékuk, míg köhögéscsillapítókat a kitöltők 17 százaléka szed. Egyéb recept nélkül kapható gyógyszereket a megkérdezettek 12,7 százaléka használ, antiglikémiás szereket 11,7 százalékuk, antihisztaminok használata pedig 6,3 százalékukra jellemző. Legalacsonyabb arányban (3,8 százalékuk) antidepresszánt szednek a kitöltők.

A gyógyszert szedők körében a leggyakoribb indok a betegségek kezelése, amelyet a megkérdezettek több, mint fele (52 százaléka) említett. Ezt szorosan követi a tünetek enyhítése, amelyet a válaszadók 49,6 százaléka jelölt meg. A krónikus állapotok, mint például a cukorbetegség vagy a magas vérnyomás kezelése, szintén jelentős arányban, 39,9 százalékban szerepel az indokok körében. A kitöltők 12 százaléka megelőzési célból szed gyógyszert, míg az immunrendszer szabályozása miatt 6,6 százalékuk teszi ezt.

Ezt követően a kutatásban résztvevőket arról kérdeztük, használnak-e valamilyen alternatív gyógymódot. A válaszadók 70,1 százaléka nem használ alternatív gyógymódokat vagy kiegészítő terápiákat. Ezzel szemben a kitöltők ötöde (21 százaléka) alkalmanként, míg közel tizedük (8,4 százalékuk) rendszeresen alkalmaz ilyen módszereket.



2.1.4. Egészségügy és a mesterséges intelligencia – „C” almintá

2.1.4.1. *Mesterséges intelligencia az egészségügyben*

Az alternatív gyógymódokkal és kezelésekkel kapcsolatos lakossági attitűdök felmérése után, jelen alfejezetben a mesterséges intelligencia egészségügyi alkalmazásáról szóló kérdésblokk eredményei kerülnek bemutatásra, ami 4971 fő bevonásával került lekérdezésre. Kérdéseinkkel elsősorban arra voltunk kíváncsiak, hogy a kérdezettek milyen ismeretekkel rendelkeznek az új technológiák orvoslás területén történő felhasználását illetően, valamint, hogy miként viszonyulnak az MI e téren tapasztalható elterjedéséhez.

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy a magyar lakosság körében mennyire ismertek az egészséghez vagy az egészségügyi szektorhoz köthető mesterséges intelligenciát alkalmazó termékek. Az adatok alapján megállapítható, hogy a válaszadók kétharmada (66,5 százaléka) még nem, viszont harmada (31,5 százaléka) már hallott MI-alapú gyógyászati eszközökről.

A következőkben nyitott kérdés formájában arra kértük a válaszadókat, hogy adják meg, mely egészségügyben használt, mesterséges intelligenciát alkalmazó megoldásokról hallottak eddig. A válaszok kódolása és kategorizálása után az látható, hogy a lakosság körében a legismertebb MI-hez kötődő eljárásnak a műtétek során alkalmazott technológiák számítanak, melyekről a kérdezettek negyede (24,6 százaléka) hallott.

Emellett, 19,8 százaléka valamilyen diagnosztikai vagy egyéb vizsgálati eszközre asszociált, mint például a röntgen, az MRI vagy a CTG. További 17,2 százaléka az egyéni használatra alkalmas egészségmonitorozó applikációkat és kellékeket (például okosóra) említette, míg 6,6 százaléka az adminisztráció felől közelítette meg a kérdést és az adatrögzítő rendszerekről tett említést. A kérdezettek fennmaradó 2,1 százaléka pedig egyéb, a kezelési szakaszban használt technikai megoldásokról írt. Ezenkívül fontos megemlíteni, hogy meglehetősen magas (29,7 százalék) volt a válasszmegtagadók aránya is. A kérdés kapcsán érdemes megjegyezni, hogy a válaszokból jól látható, hogy a megkérdezettek jelentős aránya nincsen tisztában az MI jelentésével és sokszor egyszerű digitális dolgokra asszociálnak.

A mesterséges intelligenciával működő orvosi/gyógyászati kellékek ismertségének feltérképezését követően megvizsgáltuk, hogy a kérdezetteknek milyen félelmei vannak az egészségügyi szektorhoz köthető alkalmazások, automaták vagy robotok használatakor. A válaszadók harmada (31 százaléka) úgy nyilatkozott, hogy nincsenek félelmei a felsorolt technológiákkal kapcsolatban, azonban 28,2 százaléka aggódik amiatt, hogy az MI által működtetett eszközök a működés során hirtelen meghibásodnak, melynek következtében megszakad az általuk végzett folyamat. A megkérdezettek hasonló arányban (27,7 százalékban) fejezték ki aggodalmukat az adathalászat, illetve az adatokkal való valamilyen visszaélés miatt. Minden negyedik ember (23,8 százalék) továbbá attól tart, hogy



a kérdésben felsorolt eszköztípusok a túlságosan komplikált feladatokat és kéréseket nem lesznek képesek feldolgozni és végrehajtani. A válaszadók további 22 százaléka pedig saját elmondása alapján akadályba ütközne ezen termékek irányítása/kezelése során, ezért használatukat aggasztónak tartják.

Negyedik kérdésünk arra vonatkozott, hogy mennyire volna komfortos a kérdezetteknek az, ha bizonyos képalkotó diagnosztikai eszközök eredményeit orvosok helyett mesterséges intelligencia segítségével számítógépek elemeznék ki. Minden második válaszadó (48,9 százaléka) számára problémát jelentene, ha az emberi testről és annak folyamatairól készült felvételek adatait kizárólag gépek analizálnák, azonban 41,9 százalék inkább kényelmes megoldásnak találja az említett eljárást és nem hiányolná az egészségügyi szakembereket.

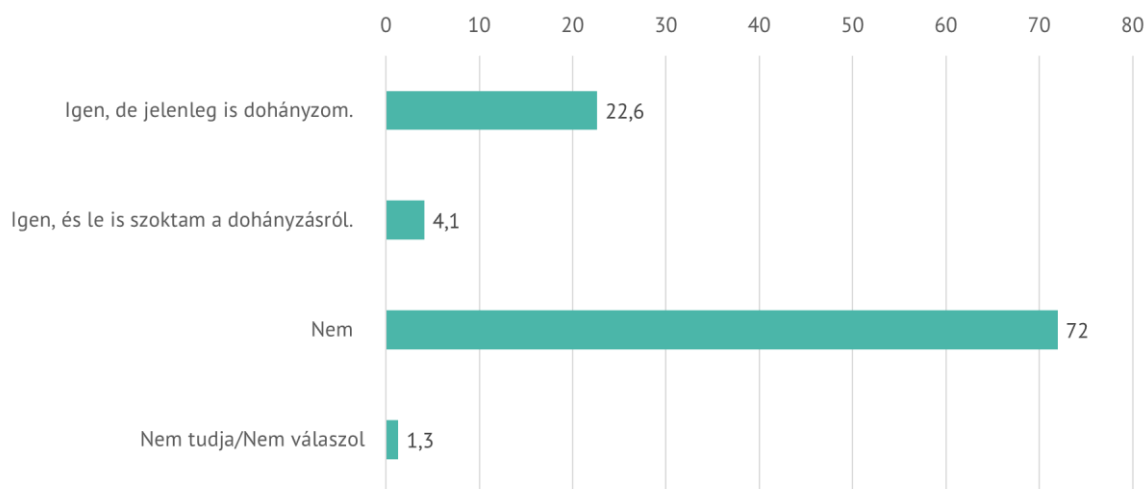
2.1.5. Dohányzás és alkoholfogyasztás– „D” alminta

2.1.5.1. Dohányzási szokások és attitűdök

Első körben a dohányzási szokások és a dohányzással kapcsolatos attitűdök kerülnek mélyebb szintű bemutatásra. A megkérdezettek körében belátható, hogy kétharmaduk (67,2 százalék) soha nem dohányzik, míg rendszeres vagy alkalmi dohányzónak 32,7 százalékuk vallja magát.

A rendszeres vagy alkalmi dohányzók háromnegyede (72 százaléka) nem gondolja, hogy befolyásolta volna az egészségét a dohányzás. Minden negyedik kitöltő (26,7 százalék) ugyanakkor érzékeli a dohányzás egészségügyi állapotra irányuló hatását: 22,6 százalékuk ennek ellenére nem szokott le, míg csupán 4,1 százalék döntött a leszokás mellett.

3. ÁBRA: BEFOLYÁSOLTA-E VALAHA IS AZ EGÉSZSÉGÉT A DOHÁNYZÁS? (AKIK RENDSZERESEN VAGY ALKALMANKÉNT DOHÁNYOZNAK, N=1643, %)



Forrás: Századvég szerkesztése



A jelenleg is dohányzók több, mint fele (54,9 százaléka) már megpróbált leszokni a dohányzásról, míg 45,1 százalékuk nem mutatott erre hajlandóságot.

2.1.5.2. Alkoholfogyasztás

A következő fejezetben áttérünk a dohányzásról az alkoholfogyasztás és drogproblémák témakörére.

A válaszadók harmada (30,4 százaléka) nem fogyaszt alkoholt, míg legnagyobb arányban (46,1 százalékban) csak valamilyen különleges alkalomkor. Havi rendszerességgel a megkérdezettek 9,6 százaléka, heti szinten 10,1 százalékuk, míg a súlyosnak számító, napi szintű alkoholfogyasztás 3,5 százalékuk életvitelét jellemzi.

Belátható, hogy a legnagyobb arányban (48,9 százalékban) az otthoni alkoholfogyasztást preferálják a kitöltők, amelyet a szabadtéri rendezvények követnek 22,2 százalékkal. A szórakozóhelyeket a minta 19,5 százaléka, míg az éttermeket pedig 19,3 százalékuk részesíti előnyben. Érdekes azonban, hogy kocsját 11 százalékuk, míg sporteseményeket 5,5 százalékuk preferál alkoholfogyasztás céljából.

Egyértelműen magas arányban tölt be relaxációs (47,3 százalékban) és szociális (36 százalékuk számára) tevékenységi szerepet a megkérdezettek életében az alkohol, míg izlés, élvezet szerepet 32,2 százalékuk számára jelent. Kiemelendő, hogy egyaránt 15,5 százalékuk számára nyújt stresszoldást és élménykeresést, míg 6,8 százalékuk esetében egyéb szerepet tölt be, mely a felsorolásban nem került feltüntetésre. A rendszeres alkoholfogyasztást a válaszadók döntő többsége (84,4 százaléka) szenvedélybetegségnek ítéli meg, míg 15,6 százalékuk nem tartja annak.

2.2. A fókuszcsoportos vizsgálat eredményei

2.2.1. Asszociációk

Az alábbi fejezetben áttekintjük az egészséges életmódhoz, egészségtudatossághoz kötődő fogalmakra (egészség, szűrővizsgálat, egészség-megőrzési programok) adott asszociációkat, amelyek minden csoportnál megkérdezésre kerültek. A kifejezések, gondolatfoszlányok ábrázolása szófelhővel történt, ahol ezek mérete a gyakoriságtól, színezetük pedig a szemantikai irányultságuktól függ. Tehát minél nagyobb egy adott kifejezés annál gyakrabban jelent meg a fókuszcsoportokon résztvevők körében, a színezet esetében pedig a piros szín jelzi a negatív, a sárga a neutrális, a zöld színárnyalatú pedig a pozitív érzelmi töltetet.

2.2.1.1. Egészség

Első körben az egészség fogalmával kapcsolatos asszociációkat vesszük górcső alá, ahol megfigyelhető, hogy a leggyakrabban társított kifejezésnek a „vitaminok” számítanak. Kiemelendő, hogy meghatározóan pozitív töltetű kifejezések kerültek elő ezzel a fogalommal



kapcsolatban, mint például ezt ítélték a „legfontosabbnak”, amelynek egy kulcsmotívuma a „testi-lelki jólét”, valamint a sportolás. A táplálkozás esetünkben azért került elő neutrális, semleges töltetű kifejezésként, mivel habár markáns részét képezi az egészségnek, a résztvevők is rávilágítottak arra, hogy a helytelen, nem megfelelő táplálkozás képes rontani, akár le is rombolni ezt az állapotot. Ugyan kevesebb említés figyelhető meg a negatív érzelmi töltet mellett, azonban ezek mindegyike általános, szentimentális kifejezésként értelmezhetők, amelyekhez félelem is társul: ilyen például az egészség pótolhatatlansága, amelyből fakadóan szükséges vigyázni rá, illetve az egyik interjú alany magával az étellel azonosította.

4. ÁBRA: EGÉSZSÉGGES KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK (SZÓFELHŐ)



Forrás: Századvég szerkesztése

2.2.1.2. Szűrővizsgálat

Az egészség fogalma után áttérünk a szűrővizsgálathoz társított asszociációkra, ahol egyértelműen domináns fogalomként azonosíthatjuk a megelőzést. Egyértelműen kulcsfogalomként azonosították, amelyet az is alátámaszt, hogy a szinonimájának számító prevenció is többszörös említéssel merült fel. Pozitív töltettel hangsúlyozták ki a szűrővizsgálatok fontosságát, hiszen az egészségmegőrzés egy fontos sarokpontját képezi. A semleges fogalmak között említhetjük a szűrővizsgálatok módjaira, eszközeire vonatkozó kifejezéseket: tüdőszűrő, vérvétel, mammográfia vagy szűrőbusz. Emellett megjelennek olyan kifejezések is, mint a felelősség, szükséges vagy a „szükséges rossz”. Belátható mindazonáltal az is, hogy az egészség fogalmával szemben több negatív töltetű fogalom és gondolat került megfogalmazásra. Ezek között említhetjük a vizsgálatok elhanyagolására utaló kifejezéseket, mint például a sokszor elfelejtett, vagy az „évente egyszer” szópárok.



Kiemelendő ezzel párhuzamosan a félelemmel társított rákos megbetegedések említése is, amelynek elkerülése egyértelműen ösztönző jelleggel bír az interjúalanyok körében.

5. ÁBRA: SZŰRŐVIZSGÁLATTAL KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK (SZÓFELHŐ)



Forrás: Századvég szerkesztése

2.2.1.3. Egészség-megőrzési programok

A következőkben az egészség-megőrzési programokkal kapcsolatos asszociációk kerülnek bemutatásra, ahol az elsődleges megállapításunk az, hogy jóval kevesebb fogalmat tudtak társítani, mint a korábbi két kifejezéshez. Az „egészség-megőrzési programok” kifejezés a szerhasználat, dohányzás és az AI egészségügyi használatát tárgyaló, valamint az egészség-megőrzési programokra fókuszáló beszélgetésen kerültek be a diskurzusba. Megfigyelhető, hogy döntően pozitív töltetű gondolatok fogalmazódtak meg a résztvevők számára, ahol fontosnak ítélték ezeket a programokat. A résztvevők fontosnak vélik ezeket a programokat, támogatottságukról ad tanúbizonyságot annak gondolata is, miszerint „jobban kellene támogatni” mindezeket, illetve úgy vélik, hogy a szükségesnél kevesebbet hallani ezen programokról, így ösztönzik a szélesebb körű tájékoztatást. Semleges viszonyként értékelhető annak gondolata, hogy magunk találjuk ki, hogy nekünk mi az egészség, utalva arra, hogy nem feltétlenül szükségesek a preventív programok, de egyúttal nem is utasítja el a kérdezett. Ezzel szemben egyértelműen negatív érzetű gondolatnak számít a „Szép álmom”, vagy éppen a misztikum. Utóbbi esetében kiemelendő, hogy a programokkal kapcsolatos tudatlanságból adódik ez a misztikus érzés.



6. ÁBRA: EGÉSZSÉG-MEGŐRZÉSI PROGRAMOKKAL KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK
(SZÓFELHŐ)



Forrás: Századvég szerkesztése

2.2.1.4. Egészségmegőrzés

Az asszociációs feladat keretein belül az „egészségmegőrzés” kifejezés a gyógyszerekkel és az egészségmegőréssel kapcsolatos motivációkat, félelmeket tárgyaló fókuszcsoporthoz beszélgetéseken érintettük. Jellemzően pozitív gondolatok társulnak hozzá, ehhez kapcsolódik „az egészség alapja” gondolat fozslány, ami egyértelműen szemlélteti, hogy a kérdezettek elismerik az egészségmegőrzés fontosságát. A semleges töltetű kifejezések közé érdemes sorolni az egészség kapcsán is felmerülő táplálkozást, a mozgást, vagy az odafigyelést is, míg egyetlen negatív szempont hangzott el, melyet az idő kifejezés szemléltet. Utóbbi arra utal, hogy vannak, akik szerint kevésbé a pénz kérdése az egészségmegőrzés, inkább a felhasználható szabadidő függvénye, hogy képesek vagyunk-e ennek mentén élni.



7. ÁBRA: EGÉSZSÉGMEGŐRZÉssel KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK (SZÓFELHŐ)



Forrás: Századvég szerkesztése

2.2.2. Egészséges életmód

Az asszociációk után áttérünk az egészséges életmódhoz köthető kérdésekre, ahol górcső alá vesszük, hogy a fókuszcsoportokon résztvevők hogyan definiálták az egészséges életet, milyen szegmensekből épül fel, a szűrővizsgálatokon milyen gyakran vesznek részt, ez mennyire ideális, vagy mennyire tér el az optimálistól, illetve milyen kulcsszereplőket tudnak azonosítani az egészségmegőrzés érdekében. Ezeknek a kérdéseknek a körbejárása valamennyi elkészült beszélgetés segítségével történik.

2.2.2.1. Egészséges élet meghatározása

Első körben az egészséges élet kérdésköre kerül bemutatásra, ahol a magyar társadalom egészségtudatosságáról, egészségmagatartásáról szóló vélekedéseket mutatjuk be, majd pedig ehhez mérten a résztvevők saját egészségügyi helyzetét térképezzük fel.

Általánosan kijelenthető, hogy minden csoport azzal a diagnózissal élt a magyar társadalmat tekintve, hogy a többség egyáltalán nem él egészségesen. Az egészséges és egészségtelen lakosok eloszlása nem konszenzusos, azonban körülbelül 20 és 40 százalék közé becsülték azoknak az arányát, akik egészséges életmódot folytatnak.

Több okot is fel tudtak sorakoztatni amellet az interjúalanyok, hogy az ország egészét tekintve miért nem egészséges az emberek döntő többsége: a leggyakrabban felmerülő indok a pénz és idő hiánya, amelynek következtében túlzottan sok feldolgozott élelmiszert fogyasztunk. Ehhez kapcsolódik az is, hogy nincs megfelelő táplálkozási kultúránk az egyik résztvevő szerint, aminek egyik szegmense a „húst hússal” történő fogyasztás, vagy a zsíros, olajos



ételek. A másik meghatározó tényezőnek a káros szenvedélyeket tekintik, ami szintén negatív hatással van a lakosság egészségügyi állapotára.

2.2.2.2. Szűrővizsgálatokon való részvétel, megítélés

Az egészséges életmód általános megítélése után áttérünk a szűrővizsgálatokra, amely egyértelműen a megelőzés, prevenció és tudatosság egyik előfeltétele, ahogyan a résztvevők is asszociáltak erre.

A résztvevők kiemelték, hogy habár egy fontos része az egészséges életmódnak, korosztálytól függ, hiszen a fiatalok egyértelműen ritkábban járnak szűrővizsgálatokra, mint az idősebbek. A magyar lakosság esetében legtöbbször szintén 20 és 40 százalék közé tették azok arányát, akik rendszeresen részt vesznek ezeken a vizsgálatokon, azonban a legborúlátóbb becslés mindössze 10 százalékra tette. Vagyis egyértelműen érezhető, hogy a lakosság szintén egy nagyon alacsony hányadát látják tudatosnak.

Markáns véleményként merült fel az egyik csoporton a gyógyszerlobbi kérdésköre, amely a résztvevők szerint szintén rontja a szűrővizsgálatokon való részvétel arányát, mivel hamarabb nyúlunk gyógyszerhez, amely időszakos megoldást jelent. Egy másik komoly problémának az állami egészségügy helyzetét fogalmazták meg, ahol véleményük szerint infrastrukturális problémák hátráltatják az emberek szűrővizsgálatokon való részvételét.

2.2.2.3. Egészségmegőrzés felelősei

Ezek után áttérünk a „felelősök” definiálására, azokra a személyekre, intézményekre, akik komoly szerepet töltenek/tölthetnek be az egészségmegőrzés kapcsán. Ennek értelmében az állam, az önkormányzatok, az egészségügyben dolgozók, valamint az egyének felelősségét vizsgáljuk.

A résztvevők gondolatmenete alapján általánosan kijelenthető, hogy egyik aktort sem lehet egyértelműen különálló szereplőként vizsgálni ebben a kérdéskörben. Az egyik ilyen példa az állam és egyén kapcsolata, ahol ugyan az államnak szükséges biztosítania az egészségmegőrzéshez kapcsolódó szolgáltatásokat, ugyanakkor az egyénnek is tennie kell a saját egészségeért.

Előtérbe került azonban több csoport esetében, hogy főleg az egyéneknek szükséges tenniük az egészségük megőrzése érdekében, de a korábban felsorolt szereplőkhöz képest, a munkáltatóknak is érdekük, hogy az alkalmazottak egészségesek legyenek. Az állam felelőssége kapcsán komplex véleményt képezett, hogy az árak alakulása kihatással van az egészségügyi állapotra.



2.2.3. Egészség-fejlesztő programok

A soron következő fejezetben olyan kormányzati kezdeményezésű programokról, kampányokról kérdeztük a résztvevőket, melyek egyrészt a lakosság egészségfejlesztését, valamint annak egészségügyi állapotának felmérését célozzák. Érdeklődtünk az ezekkel kapcsolatos ismeretekről és tapasztalatokról.

2.2.3.1. *Kampányok, kitelepülések a lakosság egészségfejlesztésének céljából*

Az egészségfejlesztési céllal működő programokkal és megrendezett előadásokkal kapcsolatban megosztó viszony jellemezte a kérdezetteket. Voltak, akik hasznosnak vélték, ugyanakkor jellemzőbb volt azon vélemény, miszerint tájékoztató jellegű előadásokra nem kimondottan van szükség, ugyanis ezen hozzáállás szerint például csak az fog részt venni, aki érintett – például egy betegség okán -, míg aki tájékozódni szeretne, az vélhetően nem fog egy ilyen jellegű előadásra elmenni, inkább utána néz az interneten.

Ugyanakkor, ahogyan azt említettük, voltak, akik hasznosnak vélték az egészségfejlesztést megcélzó programokat és előadásokat. Többen támogatandónak vélték ezeket a kezdeményezéseket, melyet indokolhat például a mentális egészség fontossága is, a témakör pedig egy előadás keretein belül igen alkalmas és vonzó terepet jelenthet.

2.2.3.2. *Kampányok, kitelepülések a lakosság egészségügyi állapotának felmérése céljából*

A lakosság egészségügyi állapotának felmérését célzó programokkal kapcsolatban a kérdezettek már jóval több ismerettel, egyúttal tapasztalattal is rendelkeztek az előadásokhoz képest. A programokat a résztvevők egyértelműen pozitívan ítélték meg. A kritikus pontok arra vonatkoztak, hogy a kereslet révén egy számottevő tömeggel találták szembe magukat a szolgáltatást igénybevevő kérdezettek. Ezen tapasztalat egyúttal elvette kedvüket attól, hogy egy soron következő alkalommal is részt vegyenek például kitelepült egészségügyi szűréseken. Így elmondható, hogy a kezdeményezést összességében pozitívan ítélték meg résztvevőink, azonban a tárgyi-, de főleg a humán erőforrás hiánya a kitelepült szűréseken is felütöttek fejüket.

A megkérdezettek továbbá díjazzák, hogy a programok olyan településeken is megvalósulnak, ahol egyébként egészségügyi szolgáltatások igénybevételére korlátozottabban van lehetőség, a hozzáférhetőség nem közvetlenül elérhető.

2.2.4. Egészségmegőrzéssel kapcsolatos motivációk és félelmek

2.2.4.1. *Programok, előadások, workshopok: részvétel és tapasztalatok*

Jelen témakör a szerhasználat és dohányzás, valamint a gyógyszeresedésre fókuszáló beszélgetések képezték a diskurzus részét. Elsőként érdeklődtünk, hogy a résztvevők vettek-



e már részt olyan programokon, ahol egészségügyi szakemberek tartottak egészségmegőrzéssel kapcsolatos előadásokat, workshopokat, tanácsadást a lakosság számára. A kérdezettek nagyjából harmada hallott, illetve részt is vett ilyen programokon, hangsúlyozandó azonban, hogy nem kevés esetben ezeket keverték például a véradás intézményével. Fontos kiemelni azt is, hogy a felsorakoztatott programokon való részvétel általánosságban kötelező jelleggel történtek, például egy iskolai drogrevenüció vagy védőnő által tartott előadás is.

Azok, akik részt vettek különböző programokon és előadásokon, összességében hasznosnak vélték, ugyanakkor nem mutatkoztak kimondottan lelkesnek vagy motiváltak arra, hogy a jövőben saját döntésből látogassanak ilyen alkalmakat. Valamennyi megkérdezett attitűdjét szintetizálva az uralkodó konszenzus az volt, hogy ők nem szánják erre szabadidejüket, amennyiben foglalkoztatja őket egy kérdés, utánanéznék az interneten. Ez utóbbit felerősítette az is, hogy az interneten egyébként is számos előadás érhető el.

2.2.4.2. Kitelepült szűrések

A kitelepült szűrésekkel kapcsolatban a kérdezettek már jóval tájékozottabbak voltak, illetve több résztvevő tudott személyes tapasztalatról beszámolni. Egyrésztől általánosságban a kitelepült szűrésekről nagyon jó véleménnyel vannak, hasznos és fontos kezdeményezésnek tartják. A tapasztalattal rendelkezők kellemes élményről számoltak be az ellátás minőségét és szakszerűségét illetően, de voltak, akik a tárgyi- és személyi feltételek elégtelenségét emelték ki, akárcsak általánosságban az egészségügyi rendszer esetén. Ahogyan azt a korábbi fejezetben is érintettük, ez vonatkozott arra, hogy tapasztalataik alapján nagy érdeklődés mutatkozik egy ilyen alkalomkor, ezért a várakozás igen hosszadalmas és az ember nem feltétlenül tud tervezni. Ezt leszámítva azonban a vélemények és tapasztalatok kedvezőek voltak, külön díjazták a résztvevők, hogy olyan településeken is találkozhatunk kitelepült szűrésekkel, ahol egyébként a lakosság számára nem feltétlenül könnyen megközelíthető egy-egy egészségügyi intézmény.

2.2.4.3. Motivációk az egészséges életmódra, egészségügyi állapot értékelése

A következőkben az alanyok személyes motivációit tártuk fel azzal kapcsolatban, hogy életüket egészségesen éljék. E tekintetben találkoztunk olyan megkérdezettel, aki számára bizonyos értelemben evidencia az egészséges életmód:

„Most mondjam, hogy nem akarok meghalni?” (18-59 évesek, Miskolc)

Egyébként legjellemzőbb a jövő esetlegességétől való félelem, például szülőként a résztvevő nem szeretne a jövőben teher lenni gyermekei számára, de szintén szülőként az alany gyermekeit félti, szeretne nekik jó példát mutatni, hogy aztán életmódjukat ők is egészségesen folytassák. E kérdésben a legtöbbször nem történt semmilyen választóvonal, ami elindította



volna őket az egészséges életmód útján, senki nem említett például betegséget vagy egy elrettentő példát környezetéből.

2.2.4.4. Egészségügyi félelmek

Saját egészségügyi állapotukra vonatkozóan elmondható, hogy a kérdezettek jelentős többségében jelen vannak aggodalmak a mindennapok során. Általánosságban az emberekről is úgy értékelték, hogy bizonyára vannak félelmeik, főleg, ha családjuk vagy környezetük bizonyos értelemben indokot rá. Igaz ez saját egészségügyi állapotukra is. Közös mintázat egyrészt a magasabb életkor, az idősebbeket jobban jellemzi a félelem. Ezen túl magasabb a kockázata az egészségügyi szorongások meglétének azoknál, akiknél például ismert a családban öröklődő betegség, akár az alkoholproblémákat is ide sorolhatjuk. Továbbá a már kialakult vagy kialakulóban lévő problémák esetén is erőteljesebb félelmekről számoltak be a résztvevők.

Azon túl, hogy saját életük indokoltá teszi félelmeiket, igen jelentős szerepe van az egészségügyi ellátásnak. Jelen van egy erőteljes bizalmatlanság arra vonatkozóan, hogy szükség esetén a résztvevők vajon megfelelő ellátásban fognak-e részesülni.

A résztvevőkre tehát általánosságban igaz, hogy elmondásuk szerint szeretik elkerülni az orvosokat és a gyógyszereket, habár azok, akik folyamatos vizsgálatra szorulnak állapotuk okán, őket kevésbé jellemezte ez a típusú aggodalom. Akik azonban beszámoltak erről, esetükben elmondható, hogy az egészségügyi intézménytől és az oda-való bekerüléstől összességében tartózkodnak.

2.2.5. Kábítószer és dohánytermékek fogyasztása

A soron következő fejezetben érintett témakörök a kábítószereket, dohánytermékeket tárgyaló, három fókuszcsoportos beszélgetés során kerültek terítékre. Ennek keretein belül elsőként egy asszociációs feladattal kezdtünk, majd különböző fiktív személyek megnevezésére kértük a résztvevőket a felsorolt szerek és azok fogyasztása mentén. Érdeklődtünk általánosságban arról, hogy szerintük a kábítószer-használat és a dohányzás mekkora problémát jelent és mekkora szerepet játszik az emberek életében, valamint ezeket milyen társadalmi csoportok sajátjaként azonosítják.

2.2.5.1. Fogalmak

Elsőként tehát egyesével felsoroltunk három fogalmat - drogok, dohánytermékek, alkoholos italok – és a résztvevők elmondhatták, hogy mire asszociálnak a kifejezések hallatán. A *drogok* esetén felmerült annak jogi pozíciója (legális vagy illegális), a könnyű és nehézdrogok hétköznapi megkülönböztetése, de elhangzott, hogy káros és függőséget is okozhatnak. Volt, aki a fogalom hallatán csupán ennyit mondott:



A *dohánytermékek* esetén jellemzően annak ára és káros mivolta, a kialakuló függőség, valamint „boszorkányüldözéses” marketingje jutott a résztvevők eszébe. A dohányzó és nem dohányzó kérdezettek nem mutattak eltérést véleményükben, a dohányzók sem validálták káros szokásaikat. Egyetértés mutatkozott tehát abban, hogy egy káros szokásról beszélünk. Szóba kerültek az új, alternatív dohánytermékek is, miszerint ezek népszerűsége a dohányzási szokásokat is átalakították.

Az alkohollal kapcsolatban két irány bontakozott ki. Az egyik az alkohol kulturálisan normalizált pozícióját, a másik pedig éppen e jelenség problematikus jellegét hangsúlyozta. Ennek értelmében tehát az alkohol a szórakozás és a társasági élet velejárója, másrészről azonban éppen ez tekinthető gondnak. Szóba került, hogy a magyar társadalmat fokozottan jellemzi a problémás alkoholfogyasztás, emellett az is, hogy a rendszeresség a lényeg, amikor alkoholizmusról beszélünk.

A kérdezettek ezt követően sorrendet állítottak fel az adott szerek között azok károssága mentén. Minden esetben a dohányzás került az utolsó helyre, azonban a drogokat és az alkoholt illetően kialakultak vitás pontok. Ezek arra vonatkoztak, hogy nem mindegy, milyen kábítószerrel beszélünk. Példa gyanánt az egyik csoport ezt úgy fogalmazta meg, hogy amennyiben a „könnyűnek” kikiáltott kábítószeresek – különösképpen a marihuána – is részét képezik a drogok fogalmának, akkor első helyre az alkoholos italokat tennék. Azonban, ha a fogalom kimondottan a „nehéz” drogokat jelölik, akkor az alkoholos italok kerülnének a második helyre.

2.2.5.2. Rendszeresen kábítószer fogyasztó személy

A rendszeresen kábítószer fogyasztó személy hallatán megosztó, és bizonyos pontokon kimondottan sztereotipikus elképzeléseket osztottak meg a résztvevők. Leginkább általánosító kép egy lecsúszott személyt jelölt, aki többek között sovány, fázik, remeg és az utcán fekszik.

2.2.5.3. Rendszeresen dohányzó személy

A résztvevők gyakran a büzzel és a megsárgult ujjakkal asszociálták a rendszeresen dohányzó személyt. Emellett ugyanakkor szempontként kerültek be a mai, alternatív, hevítéses dohánytermékek, miszerint azok kiküszöbölik az említetteket. Ugyanakkor a megfogalmazott elképzelések ellenére több résztvevő volt azon az állásponton, hogy a hevítéses dohánytermékek az említett dimenzióban változásokat hoztak, így például a kellemetlen szagok e téren nem jelentenek már problémát. Továbbá többen vélték úgy, hogy nem lehet egy tipikus dohányzó személyt megnevezni, illetve az, hogy valaki dohányossá válik-e, az az ő gyermekkori szocializációjától és a kapott mintától nagyban függ.



2.2.5.4. Szerek használatának szerepe

Kikértük a résztvevők véleményét azzal kapcsolatban, hogy szerintük milyen szerepet tölt be a dohányzó vagy szerhasználó életében szenvedélyének tárgya. A leginkább felszín tapogató hozzáállás az volt, hogy a fő szerepe a rekreációs célú szerhasználat, például szórakozás, bulizás, kikapcsolódás alkalmával. A másik oldal a már kényszeresnek nevezhető szerhasználatot hangsúlyozta, amikor már kialakult dependenciáról beszélhetünk. A drogok ilyen értelemben különböző élethelyzetekből fakadó kellemetlen körülmények enyhítésére szolgálnak, míg előbbi esetén inkább egy átlagos állapot feljavításáról.

2.2.5.5. Kábítószer-használat: tapasztalatok és a probléma jelentősége hazánkban

A hatásos egészségpolitikai intézkedések kapcsán borúlátás jellemezte alanyainkat. Jellemzően nem tudtak olyan intézkedést megnevezni, melynek hatásosságában valóban bíztak volna. A bizalmatlanság okai a szocializáció és a kínálati oldal dimenziójában keresendő. Ennek értelmében a kábítószeres széleskörű hozzáférhetősége folytán, aki szeretné, annak lehetőségében áll, hogy kipróbálja, illetve egyes résztvevők a család és a mikrokörnyezet hatásában látja inkább a prevenciós potenciált vagy éppen a kockázatok megnövekedésének színterét.

A csoportok résztvevői javaslatokat is megfogalmaztak, amik az ellenőrzés, szankciók, az oktatás és prevenció területeire vonatkoznak. Az ellenőrzés esetén javaslatként hangzott el az iskolai drogtesztek szélesebb körű alkalmazása, ugyanakkor az ez ellen felszólalók azt kifogásolták, hogy az is külön eljárásrend kidolgozását igényli, hogy egy pozitív teszt esetén hogyan lépünk fel. Ezúton kérdéses egyáltalán a fellépés szereplője is: iskola, hatóságok, egészségügy vagy gyámügy és gyermekvédelem? A szankciók összességében a súlyosabb következményekkel járó illegális kábítószeresekre értendő, mely szerint azok szigorúbb szabályozására és a fogyasztói oldal szigorúbb szankcionálására van szükség. Végül legszélesebb körben a prevenció és az iskolai keretek között zajló programokkal kapcsolatban fogalmazódtak meg a leginkább javaslatok. A prevenció kérdésében is két oldalt különböztethetünk meg: az egyik az elrettentésre helyezné a hangsúlyt (például egyes szerekből fakadó halálesetek), míg a másik éppen ezen a narratíván változtatna.

2.3. A lakossági felmérés idején megjelent kormányzati elképzelések és az európai uniós programok összhangja

Tekintettel arra, hogy jelen lakossági felmérés 2024. április 30 – július 9. közötti időtartam alatt a kormányzat részéről a Századvég által végzett kutatásban is érintett témákban – mint például szűrővizsgálatokról, népegészségügyi programokról – jelentek meg új elemek, ezért



szükségesnek tartjuk jelen tanulmány keretei között ezek megjelenítését annak érdekében, hogy minél naprakészek legyünk egy-egy következtetés levonásakor. Fontos a visszacsatolás és az egyes intézkedések hatásának mérése és ellenőrzése is, főleg úgy, hogy a társadalmi elfogadottságát az egyes kormányzati intézkedéseknek a jövőben mind szélesebb körben mérni lehessen.

Az alábbi két szakmai tervet a közvélemény számára történő időbeli elérhetőség – melyek különbsége napokban mérhető 2024. június 20-30. között - szerint idézzük meg. Mindkettőt a Belügyminisztérium kezdeményezésében találhatjuk, mely különösen fontos annak érzékeltetésére, hogy az egészségpolitika formálója és felelőse Magyarországon a belügyi tárca.

A kormányzati programok uniós programokkal való koherenciáját is áttekintettük, így erősítve az európai színtérben való kapcsolódását a hazai szakpolitikának.

2.3.1. A betegségek megelőzéséről, a korai stádiumú felismerést szolgáló új egészségügyi szűrővizsgálati rendszer elveiről – koncepció

2024. június végén jelent meg a www.kormany.hu-n a Belügyminisztérium koordinálásában elkészült szakmai koncepció, melyet az időközben módosított jogszabályi környezetben már végrehajtásra kijelölten lehetett véleményezni 2024. augusztus 1-jéig.

A szakmai koncepció a népegészségügyi jelentőségű krónikus, nem-fertőző megbetegedések (szív- és érrendszeri, daganatos, mozgásszervi, mentális és anyagcsere betegségek) okozta veszteségek csökkentése, valamint a betegségek korai felismerése révén azok egészségügyi ellátórendszer terhelő költségeinek csökkentése érdekében szükséges intézkedéseket foglalja össze. Ezen intézkedések közé tartozik, hogy bizonyos szűrővizsgálatokat nem, kor és vizsgálati típus alapján az igénybevétel elvi lehetősége helyett kötelezővé tennék 2025. január 1-jétől. A szűrővizsgálati rendszer korszerűsítését elsősorban az egészségben eltöltött életevek növelése szorgalmazza, mely együtt jár az egészségügyi ellátórendszer - immáron betegségben eltöltött ideje miatti –terhelésének mérséklésére az időben fel nem ismert, de előzetes szűrővizsgálatokkal kiszűrhető betegsége miatt.

A kormányzat által kívánatos munka alapú társadalmának megteremtéséhez szükség van az egyének munkából való kiesési idejének csökkentésére, melyet a munkáltatók a munkahelyeken elérhető szűrőprogramokkal is támogatni tudnak. A táppénzen töltött időszak szakmai felülvizsgálata szerint a Covid19-világjárvány előtti időszakban a vírusos megbetegedéseken felül jelentős volt a mozgásszervi, a neurológia és pszichiátriai megbetegedések miatt táppénzigény. Ezekhez ugyan a szűrőprogramok kevésbé tudnak megelőző jelleggel megoldást nyújtani, azonban a népegészségügyi programok



végrehajtásával, továbbá az elmúlt években – főként európai uniós támogatással – létrejött egészségfejlesztési irodákkal és a munkahelyi egészségfejlesztés szereplőivel közösen már lehet sikereket elérni.

A kormányzati elképzelés szerint a **foglalkozás-egészségügy** átalakuló rendszere révén a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok prevenció-központúvá válnak úgy, hogy azon munkakörök kiválasztása során - melyek esetén lesz kötelező az ellátás - , a népegészségügyi szempontok is közrejátszanak majd. Egyes meghatározott munkakörök esetén már jelenleg is érvényes a kötelező foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok elvégzése az egészségkárosító kockázatok hatásának nyomon követése miatt. Ezen hatások a munkavégzésből és a munkakörnyezetből származhatnak, így egy hatékony irányítási rendszer megteremtésével olyan munkahelyek alakulhatnak ki, melyek nem veszélyeztetik a munkavállalók egészségét és így közvetlenül közreműködnek a munkavállalók munkavégző képességének megőrzésében.

A kormányzati szakmai koncepció a **lakosság részvételi hajlandóságának** növelését irányozza elő a háziorvosi szolgálat, a védőnői hálózat, a praxisközösségek és az egészségfejlesztési irodákon közreműködésével. A betegtájékoztatást, illetve a kapcsolattartást, betegdokumentációt az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben (EESZT) tervezi a szakpolitika, az EgészségAblak alkalmazásának kiterjesztésével. Ez a lakossági felmérés tapasztalatait erősíti, így ennek társadalmi megítélése és elfogadottságára lehet számítani a jövőben is.

A **szűrővizsgálatokkal** kapcsolatosan új elemként jelentkezik az un. „állapotfelmérés”, mely életkorra adottan kíván bevezetni főleg a szív-és érrendszeri, valamint a laborvizsgálatokkal kapcsolatos kimutatható eltérések vizsgálatát.

A jelenlegi rendszerben meglévő szervezett mammográfiai szűrővizsgálatok kapcsán a célcsoport korosztály kiterjesztését javasolják, továbbá a távleletezést is támogatja és a meglévő mammográfiás központok mentén relevánsan becsatlakozni kívánó egyéb szolgáltatók megjelenését is.

A szervezett méhnyakszűrés kapcsán a gyakoriság és a módszer módosításával elérhetővé válna, hogy minél többen időben vegyenek részt a programban, hiszen az időben felismert elváltozás magas arányban gyógyítható. Ehhez az akkreditált laboratóriumi háttér megteremtése, a másodleletezés automatizálása a megoldandó.

A szervezett vastagbélvizsgálathoz bővíteni kívánják a szűrési esetszámot, továbbá a kolonoszkópiás vizsgálóhelyek számát.



A Belügyminisztérium szakmai koncepciójának végrehajthatóságához megteremtették a jogszabályi környezetet is az 51/1997. (XII.18.)NM rendelet releváns mellékleteinek módosításával.

A 2024. júniusában közzétett szakmai hazai törekvés összhangban van egyrészt az Európai Bizottság 2021-ben publikált „Az Európai Unió 2021–2027-es munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi stratégiai kerete - Munkahelyi biztonság és egészségvédelem a munka változó világában (*EU strategic framework on health and safety at work 2021-2027 Occupational safety and health in a changing world of work*)¹, továbbá a Tanács 2022. decemberben elfogadott „Ajánlás a megelőzésnek korai felismerés révén történő új uniós rákszűrési megközelítést jelentő megerősítéséről (*COUNCIL RECOMMENDATION on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC*)”² elnevezésű dokumentumaiban foglaltakkal.

A 2023-ban publikált *Az egészségügy helyzete az EU-ban 2023*” (*State of Health in the EU 2023*) jelentés szerint ez unió tagállami egyre felkészültebbek az egészségügyi helyzetek kezelésében, az egészségügyi veszélyhelyzetek elleni védekezésben.

2.3.1.1. Az Európai Unió 2021–2027-es munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi stratégiai kerete - Munkahelyi biztonság és egészségvédelem a munka változó világában

A Covid19-világjárvány megmutatta, hogy a munkahelyi egészségvédelem és biztonság mennyire fontos a munkavállalók egészségének védelme, társadalmunk működése és a kritikus gazdasági-társadalmi tevékenységek folyamatossága szempontjából. Az uniós munkavállalók egy része számára a munkahely fogalma egyre képlékenyebbé, és ugyanakkor az új szervezeti formák, üzleti modellek és iparágak megjelenésével egyre összetettebbé válik. A stratégiai keret ezért az elkövetkező évek során három horizontális kulcsfontosságú célkitűzésre összpontosít:

- + a munka új világában a zöld és digitális átállás, illetve a demográfiai átmenet által előidézett változások előrejelzése és kezelése;
- + a munkahelyi balesetek és megbetegedések megelőzésének javítása;
- + az esetleges jövőbeli egészségügyi válságokra való felkészültség javítása.

E célkitűzések elérése érdekében uniós, nemzeti, ágazati és vállalati szintű cselekvések szükségesek, hiszen a zöld és digitális átállásnak köszönhetően olyan munkahelyek jöttek létre, amelyek egy évtizeddel ezelőtt még nem léteztek. A 2020. évi európai zöld megállapodás³, az

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0323> (Letöltve:2024.07.17.)

² <https://eur-lex.europa.eu/HU/legal-content/summary/promoting-cancer-screening-in-the-european-union.html> (Letöltve: 2024.07.17.)

³ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_hu (Letöltve:2024.07.17.)



uniós digitális stratégia⁴ és az új európai iparstratégia (2020)⁵ együttesen jelentős beruházásokat generálnak, továbbá hozzájárulnak a növekedéshez és munkahelyteremtéshez, továbbá rugalmasságot jelentenek a munkavállalók, a vállalkozások és az önfoglalkoztatók számára is a foglalkoztatás területén.

A 2021–2027-es időszakra szóló 1,8 billió EUR nagyságú uniós költségvetés, - ideértve az Európai Unió Helyreállítási Eszközt (RFF) is - támogatja ezeket a kezdeményezéseket, és hozzájárul a fenntartható fellendüléshez. Ugyanakkor az idősödő európai munkaerő formájában jelentkező demográfiai változás folyamatos mérlegelést és reagálást tesz szükségessé. A munkahelyi egészségvédelem és biztonság alapvető szerepet játszik ebben, mivel ahogy a munkavállalók egyre idősebbek lesznek, a munkakörnyezetet és feladatokat speciális igényeikhez kell igazítani és a kockázatokat is minimalizálni kell.

A digitális technológiák a munkavállalók – ideértve a fogyatékkal élő munkavállalókat vagy idősebb munkavállalókat – és munkáltatóik számára digitálisan elérhető megoldásokat kínálnak egészségük támogatása érdekében. E technológiai előrelépések több lehetőséget kínálnak a munka és a magánélet közötti egyensúly javítására a nők és férfiak számára is, valamint támogatják a munkahelyi egészségvédelem és biztonság hozzáférhető eszközeit, tudatosságnövelés és hatékonyabb ellenőrzés révén való végrehajtását. A robotizáció, a mesterséges intelligencia alkalmazása és a távmunka gyakoribb előfordulása csökkenti a veszélyes feladatokkal járó kockázatokat. Az éghajlatváltozás is befolyásolhatja a munkavállalók biztonságát és egészségét, többek között a megnövekedett környezeti hőmérséklet, a levegőszennyezés vagy a szélsőséges időjárás révén.

Fentiek miatt szükséges a továbbiakban kiemelten figyelni az elterjedt távmunka révén a vezetékek nélküli, mobil és egyéb korszerű technológiák gyors bevezetése miatt a munkavállalók optikai sugárzásnak és elektromágneses tereknek való kitettségét, valamint a már kialakult és a kialakulófélben lévő ágazatokban használt egyes veszélyes anyagok (ólom, kobalt használata az akkumulátorgyártás során, illetve például az azbesztmentesítés az épületkorszerűsítések során) tekintetében felül kell vizsgálni a jelenlegi határértékeket. Ez mind a zöld átállás, mind a munkával összefüggő megbetegedések, különösen a rák megelőzésének kérdése szempontjából fontos.

Az új típusú munkavégzés a mentális egészségügyi problémákat is felerősítette, melyek egyes adatsorok szerint már a világjárvány előtt is közel 84 millió embert érintettek az Unióban, emiatt a Bizottság 2020-i stratégiai dokumentumában felhívta a tagállamok figyelmét arra, hogy a pszichoszociális kockázatok felismerésére és kezelésére kiemelt hangsúlyt kell fektetni.

⁴ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age_hu (Letöltve: 2024.07.17).

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52020DC0102> (Letöltve: 2024.07.17.)



Kiemelten kell kezelni megelőzés szintjén a munkahelyi baleseteket – zéró-elképzelés szintjén, továbbá a munkahelyi ártalmak miatti rákos megbetegedések mérséklésére kell hangsúlyt helyezni. A daganatos betegségek munkahelyen való leküzdését célzó cselekvések a rák elleni küzdelemre irányuló európai terv⁶ kulcsfontosságú elemeit képezik. Fontos továbbá a foglalkozási szív- és érrendszeri, valamint a váz- és izomrendszeri megbetegedések kapcsán a szükséges munkahelyi intézkedések megtétele.

2.3.1.2. Ajánlás a megelőzésnek korai felismerés révén történő új uniós rákszűrési megközelítést jelentő megerősítéséről (COUNCIL RECOMMENDATION on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC)

Az európai rákellenes terv egyik fontos célkitűzése, hogy a 2025. évre az emlőrák, a méhnyakrák és a vastagbélrák szűrővizsgálataira jogosult lakosság számára mind szélesebb körben (terv: 90 százalék) felajánlják a szűrés lehetőségét, melyhez megteremtik mind a pénzügyi, mind az infrastrukturális feltételeket. Gondoskodni szükséges továbbá a vizsgálatokhoz való méltányos hozzáférésről, a megfelelő és időben történő diagnosztikai eljárásokról, kezelésekről és utógondozási lehetőségekről. Az egészségügyi adatokat a nyomonkövethetősége érdekében az európai ágeregiszterben is közzé kell tenni. A lakosság számára mind szélesebb körű tájékoztatást szükséges megadni, továbbá törekedni kell az együttműködések létrejöttéhez a kutatás-fejlesztés terén és a tagállamok közötti jó gyakorlatok megosztásakor.

A magyar kormány felismerve a fenti rövidtávon teljesítendő célkitűzés fontosságát döntött úgy, hogy a 2025. évtől kiterjeszti a kötelező szűrővizsgálatok körét, így elérve a magyar lakosság mind nagyobb célcsoportját életkor és nem szerint.

2.3.1.3. Az egészségügy helyzete az EU-ban 2023” (State of Health in the EU 2023) jelentés

„Az egészségügy helyzete az EU-ban 2023” (State of Health in the EU 2023) jelentés⁷ 29 egészségügyi országjelentése mellett három kulcsfontosságú megállapítást emel ki, mellyel a továbbiakban foglalkozni kell:

a) az unió lakosságának mentális egészsége romlott.

A jelentés mentális egészségről szóló fejezete megerősíti a 2021. évi munkahelyi egészségvédelmi stratégiai dokumentum mentális egészségre vonatkozó intézkedéseit, hiszen ez alapján 2023 júniusában az Európai Bizottság egy, a **mentális**

⁶https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_hu.pdf
(Letöltve: 2024.07.17)

⁷ https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en (Letöltve: 2024.07.17.)



egészségre vonatkozó átfogó megközelítést⁸ fogadott el, mely 20 kiemelt kezdeményezésből áll, és amelyet 1,23 milliárd euró összegű finanszírozás támogat. Ezen belül a főbb intézkedések:

- A mentális egészség integrálása valamennyi szakpolitikába,
 - A jó mentális egészség előmozdítása, megelőzés és korai beavatkozás mentális egészségügyi problémák esetén,
 - A gyermekek és fiatalok mentális egészségének javítása,
 - A leginkább rászorulóknak segítése,
 - A munkahelyi pszichoszociális kockázatok kezelése,
 - A mentális egészségügyi rendszerek megerősítése, valamint a kezeléshez és ellátáshoz való hozzáférés javítása,
 - A megbélyegzés és a hátrányos megkülönböztetés elleni fellépés,
 - A mentális egészség globális előmozdítása.
- b) egészségügyi egyenlőtlenségek alakultak ki az uniós belül, mely a születéskor várható élettartam alapján mutatható ki. A rákos megbetegedéseket kiemelt területnek kell tekinteni, melyhez az uniós rákellenes terv kezdeményezéseit tekintik előremutatóknak.
- c) az egészségügyi beruházások folytatása szükséges, az európai egészségügyi adattér lehetőségeinek kiaknázása, az egészségügyi adatok digitális hozzáférése a lakosság informáltságát növelni szándékozik.

Magyarországra vonatkozó országjelentés⁹ főbb megállapításai visszatükrözik azokat a tervezett intézkedéseket, melyeket a Belügyminisztérium szakpolitikai kezdeményezései is összegeznek, az alábbiak szerint:

- Magyarországon a születéskor várható élettartam 2000 és 2020 között 71,9 évről 75,7 évre nőtt. Ennek ellenére 2020-ban a születéskor várható élettartam csaknem öt évvel elmaradt az EU egészének átlagától.
- A magyar nők átlagosan majdnem hét évvel tovább élnek, mint a férfiak – 79,1 évig, szemben a 72,3 évvel. Ez a nemek közötti különbség nagyobb, mint az EU egészében és nagyrészt annak tudható be, hogy a férfiak jobban ki vannak téve különböző kockázati tényezőknek, különösen a dohányzásnak és a túlzott alkoholfogyasztásnak.
- A rákos megbetegedések közül a tüdőrák a leggyakoribb halálok, amelyet a vastagbél-, a hasnyálmirigy- és az emlőrák követ.
- A rák okozta halálozási arány Magyarországon 2020-ban várhatóan szintén magas lesz: 100 000 főre vetítve 330 haláleset várható, míg az EU egészében 263. A rákos megbetegedések előfordulására és a rák okozta halálra vonatkozó viszonylag magas becslések részben a lakosság kockázatos egészség-magatartását, például a dohányzást és az alkoholfogyasztást tükrözik.

⁸https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_hu (Letöltve: 2024.07.17.)

⁹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf (Letöltve 2024.07.17.)



- Az életmódbeli és környezeti kockázati tényezők az összes halálozás több mint feléért felelősek, melyhez a dohányzás, a mozgásszegény életmód, a táplálkozási szokások nagymértékben hozzájárul.
- A túlsúly népegészségügyi probléma, melyhez a lakosság mind magasabb fokú edukációja szükséges. A kormány különböző szankciókat már bevezetett (pl. chipsadó, vagy az energiatartalom forgalmazásának korlátozása), de továbbiakra van szükség.
- Az Országjelentés megállapítja, hogy az öt nemzeti egészségügyi program (gyermekegészségügyre, a szív- és érrendszeri betegségekre, a mentális egészségre, a váz-és izomrendszeri, valamint a rákos megbetegedésekre terjednek ki.) a megelőző ellátás irányába mozdítja el a magyar egészségügyi rendszert. Az eredményesség és hatékonyság mérésére további intézkedések szükségesek.
- A világjárvány alatt nőtt a digitális egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, mely távdiagnosztikai egészségügyi szolgáltatások fejlesztése folyamatosan napirenden van mind az adatok elérhetősége, mind a lakosság számára digitálisan elérhető szolgáltatások szerint.

A fentiek szerint látható, hogy a Belügyminisztérium kezdeményezése(i) teljes összhangban vannak az európai uniós szervezetek tervezett intézkedéseivel és válaszlépéseket fogalmaz meg adott területen az uniós elvárásokhoz illeszkedve.

2.3.2. Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2033

A Belügyminisztérium egészségügyi államtitkársága megbízásából 2022-2023 között készült el a „*Nemzeti népegészségügyi program 2023-2033*” elnevezésű szakpolitikai stratégia, mely 2024. június utolsó napjaiban kerül fel az internetre. A dokumentum elérhetősége a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ Népegészségügyi Stratégiai, Egészségfejlesztési és Egészségmonitorozási Főosztály internetes oldala¹⁰ található, jogszabályi legitimációja a tanulmány készítésének időpontjában még nem fellelhető.

A szakpolitikai stratégia az alábbiakat tartalmazza:

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

A dokumentum az alábbi területekre fókuszál:

1. Egészség egy életen át

¹⁰<https://www.nnk.gov.hu/index.php/nepegeszseguuyi-strategiai-egeszsegefjlesztesi-es-egeszseghmonitorozasi-foosztaly/a-foosztalyrol/nemzeti-nepegeszseguuyi-program-2023-2033.html> (Letöltve: 2024.07.04.)



- Anya- és gyermek-egészségügyi ellátás fejlesztése,
- Az ifjúság egészségfejlesztése,
- Idősek egészségi állapotának fejlesztése,
- Társadalmilag veszélyeztetett csoportokra irányuló célzott beavatkozások,
- Prevenció a fogászati ellátás területén,
- Járványügyi biztonság és a fertőző betegségek elleni küzdelem,
- Hatékony fellépés a kockázati egészségmagatartás-formák gyakoriságának csökkentése érdekében.

2. A betegségteher mérséklése

- Szív-érrendszeri betegségek megelőzése,
- Daganatos betegségek megelőzése,
- Anyagcsere-betegségek megelőzése,
- Légzőrendszeri betegségek megelőzése,
- Mozgásszervi betegségek megelőzése,
- Mentális zavarok megelőzése,
- Baleseti sérülések és erőszakos cselekmények megelőzése.

3. Egészséget támogató környezet kialakítása és a közösségi-orientációjú egészségügyi ellátórendszerek fejlesztése

- Társadalmi környezet fejlesztése,
- Lakó- és települési környezet fejlesztése,
- Munkahelyi környezet fejlesztése,
- Népegészségügyi fókuszú alapellátás fejlesztése,
- Az egészségügyi ellátórendszer egészséget befolyásoló anomáliáinak korrekciója,
- Ritka betegséggel sújtottak támogatása,
- Népegészségügyi kommunikáció.

Ezen megjelölt intézkedésekből a legfontosabb a népegészségügyi kommunikáció tudatos és módszeres kialakítása, a hangsúlyos elemek minél szélesebb körben és módon történő megosztása az fentebb jelölt intézkedések célcsoportjaira koncentrálván: mint például anya, gyermek, időskorú, települési környezet, munkáltató-munkavállaló stb.

A Program főleg a WHO tekintetében tesz európai kitekintést, a Covid19-világjárvány következményeként „létrejött” európai egészségügyi unióról ugyanakkor kevésbé szól. A fentebbi fókuszterületek közül a mentális betegségek és a települési környezet leírásában



találunk közös metszetet „Az egészségügy helyzete az EU-ban” felkészültségi jelentésben meghatározottak között. Kiemelt szempontja mindkét dokumentumnak, hogy szükség van összehasonlítható és érvényes egészségügyi adatokra, mely elengedhetetlen a megalapozott szakpolitikai döntéshozatal és a hatékony megvalósítás és annak ellenőrzése miatt.

Jelen Népegészségügyi Program a végrehajtást illetően meghatározza azokat a szervezeti kereteket, mellyel véleménye szerint a programban meghatározott intézkedéseket eredményesen hajthatja végre. Kiemelt jelentőségűnek tartja az interszektorális együttműködéseket a korábbi pontszerű, főként projektalapú együttműködések helyett. Az elmúlt időszakról némileg kritikusan fogalmaz, melyet az alábbiak szerint idéznénk, ez a lakossági vélemények során is vissza-visszatérő vélemény volt a hatékonyság, ismertség szempontjából:

„... szervezeti nehézséget jelent, hogy a modern népegészségügy fő feladatai közé tartozó betegségmegelőzés és egészségfejlesztés irányítása és szervezése alapvetően nem hatósági irányítást és felügyeletet, hanem szakmailag koordinált partneri együttműködéseket igényel, amihez a kormányhivatal nem megfelelő szervezeti keret. A népegészségügyi intervenciók végrehajtói a társadalom széles köréből kerülnek ki, úgymint az egészségügy, az oktatás, a versenyszféra, a média, a civil szervezetek, az egyházak stb. E szereplőkkel a jelenlegi hivatalos népegészségügyi intézményrendszernek alig van kapcsolata, így nem meglepő, hogy a betegségmegelőzés, egészségfejlesztés nem megfelelő hatékonyságú az országban ...”¹¹

A végrehajtásban a Program megalkotói olyan már meglévő kapacitásokra számítanak, amelyek vagy már régóta jelen vannak az egészségügyi ellátórendszer valamely szintjén, vagy korábban jelen voltak, csak átszervezések miatt némileg háttérbe szorultak.

Új elemként jelentkezik a szervezeti struktúrában az Egészségügyi államtitkárság, tárcaközi bizottság és a Népegészségügyi (és Gyógyszerészeti) központ mellett az országos lefedettséget biztosító, regionális alapon szervezett egészségobszervatórium rendszer. Ezen obszervatórium kialakításának alapjai nemzetközi szintén is jelen vannak már, főként Franciaországban, az Egyesült Királyságban és Írországon, ahol a regionális egészségobszervatórium rendszert mára országos lefedettség szintjére bővítették, de a rendszer az Európai Unió számos más tagállamában, az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában, Új-Zélandon és Brazíliában is kiépítés alatt van. Ezek a központok finanszírozása főként kormányzati forrásból valósul meg.

Magyarországon 2005-ben jött létre a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának és hat megyei ÁNTSZ intézeteinek közreműködésével az első egészségobszervatórium, mely egyetemi kompetenciákra jelen program továbbra is számít. A Semmelweis Egyetem

¹¹ <https://www.nnk.gov.hu/index.php/nepegeszseguuyi-strategiai-egeszsegfejlesztési-es-egeszsegmonitorozási-foosztaly/a-foosztalyrol/nemzeti-nepegeszseguuyi-program-2023-2033.html> 152.



Epidemiológiai és Surveillance Központjában uniós támogatással folyamatban van a magyar lakosság morbiditási és mortalitási mutatóinak térbeli és időbeli elemzéseit támogató, és az eredményeket a célcsoportokhoz eljuttató TÉR-EPI rendszer fejlesztése.

A programban a szervezeti struktúrák alakításához kapcsolódva az egészséghatás-vizsgálatok szervezeti hátteréhez szükséges jogszabályi és működési kompetenciák meghatározása is feladatként kerül megfogalmazásra.

A program finanszírozását elsősorban központi költségvetési forrás keret terhére tervezik. A program megalkotói az egyes intézkedések kidolgozásában és a megvalósításban partnerséget kívánnak kiépíteni a különböző minisztériumokkal, kormányhivatalok különböző osztályaival, önkormányzatokkal, egészségügyi szakmai kollégiumokkal, civil szervezetekkel, nemzetközi szakmai szervezetekkel, kutatás-fejlesztéssel foglalkozó hazai szervezetekkel, orvos- és egészségtudományi egyetemekkel és a médiával.

A programban időtáv nem került meghatározásra, továbbá a korábban készült, időben egymással átfedő programokkal nem jelöli meg a kapcsolódási pontokat, mint például *Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010-2020-2030*.



3. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS A SIKERES PREVENCIÓS PROGRAMOKRA

3.1. Japán

3.1.1. Egészség Japán 21

A program rövid összefoglalása

A Japán Egészségügyi, Munkaügyi és Jóléti Minisztérium 2013-ban létrehozta az „Egészség Japán 21” elnevezésű programot, amely az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés elsődleges stratégiája Japánban. Ennek a programnak a céljai a következők:

- + A várható egészséges élettartam meghosszabbítása.
- + Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése.
- + A nem fertőző betegségek megelőzése.
- + Az öregedő társadalom okozta problémák kezelése.
- + Az egészséges életmód népszerűsítése.

A program keretében a kormány átfogó célokat tűz ki, míg a prefektúrák és a települési önkormányzatok a helyi igények alapján konkrét terveket dolgoznak ki.¹²

A Health Japan 21 programot azért indították el, hogy kezeljék az életmóddal összefüggő nem fertőző betegségek, köztük a rák, a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) növekvő terhet. A kezdeményezés célja, hogy célzott egészségfejlesztési stratégiák végrehajtásával csökkentse e betegségek előfordulását és progresszióját.¹³

A Health Japan 21 második ciklusa (2013-2022) keretében a kezdeményezés öt alapvető célt határozott meg:

- + Az egészséges életévek meghosszabbítása: A fogyatékoság/betegség nélküli egészséges élet időtartamának meghosszabbítása.
- + Az életmóddal összefüggő betegségek kialakulásának és progressziójának megelőzése: A nem fertőző betegségekhez kapcsolódó kockázati tényezők csökkentésére összpontosít.
- + A társadalmi funkcionalitás fenntartása és javítása: Az egyének társadalmi tevékenységekben való részvételének biztosítása.
- + Támogató szociális környezet kialakítása: Az egészséget és a jólétet elősegítő feltételek megteremtése.
- + Az életmódbeli tényezők javítása: A táplálkozás, a fizikai aktivitás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a mentális egészség megcélzása.

¹² <https://healthsystemsfacts.org/japan-preventive-healthcare/> (Letöltve: 2024.07.29)

¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8783949/> (Letöltve: 2024.07.29)



A program célcsoportja és beavatkozási eszközei

A kezdeményezés magában foglalja az úgy nevezett „Tokutei-Kenshin”, azaz a speciális egészségügyi szűrőprogramot, amely a 40-74 éves korosztályra összpontosít. Ennek a programnak a célja az életmódbeli betegségek korai felismerése, ami lehetővé teszi az időben történő beavatkozást. Ha a szűrőprogram során rendellenességet találnak, az egyének útmutatást kapnak a szükséges intézkedésekről.

A Health Japan 21 hangsúlyozza a helyi önkormányzatok szerepét a közösségi igényekhez igazított egészségfejlesztési tervek végrehajtásában. A prefektúrai és települési önkormányzatok felelősek a konkrét célok meghatározásáért és az egészség és az életmód változásainak nyomon követéséért a saját hatáskörükön belül.¹⁴

A kezdeményezés az egészséges életmódra összpontosító figyelemfelkeltő kampányokat is támogat, beleértve a helyes táplálkozással kapcsolatos oktatást, a testmozgás népszerűsítését és különböző dohányzás elleni kezdeményezéseket. E kampányok célja az életmódbeli betegségek kockázatát csökkentő magatartásbeli változások ösztönzése.¹⁵

A Health Japan 21 magában foglalja a céljai felé tett előrehaladás nyomon követésére szolgáló mechanizmusokat is. Rendszeres felülvizsgálatok során értékelik az egészségfejlesztési tevékenységek hatékonyságát és a konkrét célok elérését, lehetővé téve a stratégia kiigazítását és javítását. Ezen átfogó intézkedések révén a Health Japan 21 célja, hogy az életmódbeli betegségek kiváltó okainak kezelésével és az egészséges életmódot elősegítő környezet kialakításával egészségesebb lakosságot hozzon létre.

A program eredményei

A Health Japan 21 az életmódbeli betegségek gyakoriságának csökkentésére gyakorolt hatása sikeresnek tekinthető, ugyanakkor a kezdeményesnek számos kihívással is meg kell küzdenie.

+ Sikerek:

- Sófogyasztás csökkentése: Az átlagos napi sófogyasztás jelentősen, körülbelül napi 4 grammal csökkent, ami valószínűleg hozzájárult a vérnyomásszintek csökkenéséhez.
- Növekedett a tudatosság: A kezdeményezés felhívta a közvélemény figyelmét az egészséges életmód fontosságára az olyan betegségek megelőzésében, mint a rák, a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség és a COPD.
- Szűrőprogramok létrehozása: A 40-74 éves korosztály számára speciális egészségügyi szűrővizsgálatokat (Tokutei-Kenshin) kínálnak az életmódbeli betegségek korai felismerése érdekében, ami lehetővé teszi az időben történő beavatkozást.

¹⁴ <https://healthsystemsfacts.org/japan-preventive-healthcare/> (Letöltve: 2024.07.29)

¹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8783949/> (Letöltve: 2024.07.29)



+ Kihívások:

- Az elhízás és a cukorbetegség növekedése: A kezdeményezés ellenére a túlsúly/elhízás és a 2-es típusú cukorbetegség előfordulása növekszik, különösen a férfiak körében.
- Korlátozott előrelépés a magas vérnyomás terén: Bár a sófogyasztás csökkent, az 1-3. fokozatú magas vérnyomás együttes gyakoriságának csökkenése nem volt jelentős.
- A célok nem teljesültek: Többek között a zöldség- és gyümölcsfogyasztás sem érte el a Health Japan 21 által kitűzött célokat. Az 53 célkitűzésből csak 21-et ítélték valószínűsíthetően teljesíthetőnek a 2022-es véghatáridőig.

+ A vegyes eredmények okai:

- Étrendi változások: A japán étrend nyugatiasodott, a húsfogyasztás növekedése és a tengeri állatok étrendben betöltött arányának csökkenése ellentétes tendenciát mutat. Ez megnehezíti a táplálkozási célok elérését.
- Nemek közötti különbségek: Az anyagcsere-betegségekkel kapcsolatos tendenciák jelentősen eltérnek a férfiak és a nők között, ami rávilágít a nemek szerint differenciált szakpolitikai megközelítés szükségességére.
- Öregedő népesség: Mivel Japán lakossága rohamosan öregszik, és sokan egyedül élnek, vagy idős házastársak gondoskodnak róluk, az életmódbeli betegségek terhei egyre nőnek.

Az életmódbeli betegségek hatásának további csökkentése érdekében a Health Japan 21-nek alkalmazkodnia kell a kialakulóban lévő táplálkozási mintákhoz, nemspecifikus stratégiákat kell beépítenie, és foglalkoznia kell az öregedő társadalom kihívásaival. Az egészségfejlesztési programok országos szintű megerősítése kulcsfontosságú lesz a kezdeményezés céljainak eléréséhez.¹⁶

3.2. Ausztrália

3.2.1. National Preventive Health Strategy

Ausztrália 2021-2030 közötti időszakra vonatkozó nemzeti megelőző egészségügyi stratégiájának (angolul: „National Preventive Health Strategy”, a továbbiakban: „NPHS”) célja az elhízás csökkentése átfogó, rendszeralapú megközelítés útján keresztül, amely az egészséget meghatározó tényezőkkel foglalkozik.

3.2.2. Ausztrál Nemzeti Elhízás Elleni Stratégia

Ausztráliában a 2022-2032 közötti időszakra szóló Nemzeti Elhízás Elleni Stratégia (angolul: „National Obesity Strategy”, a továbbiakban: „NOS”) több fő célt fogalmaz meg, amelyek a túlsúly és az elhízás megelőzésére, csökkentésére és kezelésére irányulnak. Az NOS céljai, illetve eszközei nagyrészt hasonlóak a korábban tárgyalt NPHS céljaihoz és eszközeihez,

¹⁶https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/78/Supplement_3/14/6012422?login=true
2024.07.29)

(Letöltve:



azonban a Magyarországon tapasztalt elhízottság mértéke miatt indokolt, hogy kiemelt figyelmet fordítsunk minden olyan nemzetközi legjobb gyakorlatra, amely kifejezetten az elhízottság csökkentésére fókuszál.

3.2.2.1. LiveLighter

A NOS céljaival összhangban 2012-ben Nyugat-Ausztráliában indított LiveLighter kampány felvilágosítja a lakosságot az elhízással kapcsolatos egészségügyi kockázatokról és ösztönzi a lakosságban az egészségesebb életmódot.

2012-ben Nyugat-Ausztráliában indított LiveLighter kampány célja, hogy a közegészségügyi felvilágosításon keresztül lépjen fel az elhízás ellen. A zsigeri zsírt ábrázoló grafikus reklámok segítségével a kampány felvilágosítja a nyilvánosságot az elhízással kapcsolatos egészségügyi kockázatokról, és egészségesebb életmódra ösztönöz. A kampány elsődleges célja az étrenddel és a fizikai aktivitással kapcsolatos ismeretek, attitűdök és magatartásformák javítása az elhízás és a vele járó egészségügyi kockázatok gyakoriságának csökkentése érdekében. Ennek érdekében a kampány olyan forrásokat is biztosít, amelyek segítenek az egyéneknek a jobb táplálkozási döntések meghozatalában és az aktív életmód fenntartásában, az elhízás és a kapcsolódó egészségügyi problémák megelőzése céljából.

3.2.3. Dohányzás-ellenes program

Ausztrália dohányzás-ellenes programja egy átfogó stratégia, amelynek célja a dohányzás elterjedtségének és a kapcsolódó egészségügyi kockázatoknak a csökkentése. A 2023-2030-as nemzeti dohánystratégia keretét biztosít a dohányzás és annak egészségügyi, társadalmi és gazdasági hatásainak csökkentésére. A dohányzás megkezdésének megelőzésére, a leszokás elősegítésére és a közönségnek a passzív dohányzástól való védelmére összpontosít.

3.2.4. Rákmegelőzési programok

Ausztrália komoly erőfeszítéseket fektet a rákmegelőzésre az alábbiakban bemutatott különböző programokon keresztül, amelyek célja a rák előfordulásának csökkentése és a korai felismerés elősegítése. A következő alpontokban az ausztrál rákmegelőzési programok főbb összetevőit mutatjuk be.

A Rákellenes Tanács kezdeményezései

A Rákellenes Tanács kulcsszerepet játszik a rákmegelőzésben Ausztrália-szerte, olyan életmódbeli változtatásokra összpontosítva, amelyek jelentősen csökkenthetik a rák kockázatát. A legfontosabb kezdeményezések közé tartoznak: a nyilvános felvilágosító kampányok és a támogató erőforrások, mint például a Rákellenes Tanács intézkedései. A Rákellenes Tanács olyan kutatási kezdeményezéseket is támogat, amelyek tájékoztatnak a



politikai változásokról és javítják a rákmegelőzési stratégiákat. Ez magában foglalja az egészségesebb környezet és a dohányzás csökkentését és az ételmezszerrendszerek javítását célzó szabályozás mellett való kiállást.

Szűrési programok

Ausztrália számos nemzeti rákszűrő programot vezetett be a korai felismerés elősegítése érdekében:

- + BreastScreen Australia: Kétévente ingyenes mammográfiát kínál az 50 és 74 év közötti nők számára, amelynek célja a mellrák korai felismerése.
- + Nemzeti méhnyakszűrési program: Ötévente szűrővizsgálatot biztosít a 25-74 éves nők számára, a részvétel növelése érdekében önbevallási lehetőségeket alkalmazva.
- + Nemzeti bélrákszűrő program: Arra ösztönzi a 45-74 éves jogosult ausztrálokat, hogy vegyenek részt az otthoni szűrővizsgálatokon, ami jelentősen csökkentheti a bélrák okozta halálozást.

A rákmegelőzési programok folyamatos nyomon követése és értékelése elengedhetetlen a programok hatékonyságának felméréséhez és a szükséges kiigazítások elvégzéséhez. Ez magában foglalja a szűrőprogramokban való részvételi arányok és a népegészségügyi kampányok hatásának nyomon követését is. Ezekkel az átfogó rákmegelőzési programokkal Ausztrália célja a rákos megbetegedések okozta terhek csökkentése, a korai felismerés javítása, és végső soron a lakosság egészségi állapotának javítása.¹⁷

3.2.5. Ausztrál Nemzeti Bélrákszűrési Program

Az ausztrál rákellenes küzdelem egyik kiemelt programja a Nemzeti Bélrákszűrési Program (angolul: „National Bowel Cancer Screening Program”, a továbbiakban: „NBCSP”) több stratégiát alkalmaz a részvétel növelésére a jogosultak körében. A program legfontosabb megközelítései a következők: célzott postai küldemények, szűrési korhatár csökkentése, önellenőrző vizsgálatok, tájékoztató kampányok, közösségi elkötelezettség, az egészségügyi szolgáltatók bevonása, nemzeti rákszűrési nyilvántartás, valamint az ellenőrzés és értékelés.

Az ausztrál rákellenes terv hangsúlyozza az egészséget meghatározó társadalmi tényezők kezelését, amelyek hozzájárulnak a rák kockázatához, mint például a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Ez magában foglalja a rákmegelőzés és a szűrővizsgálatokhoz való hozzáférés javítását a vidéki és távoli lakosság számára.

¹⁷ <https://www.cancer.org.au/about-us/how-we-help/prevention> (Letöltve: 2024.07.29)



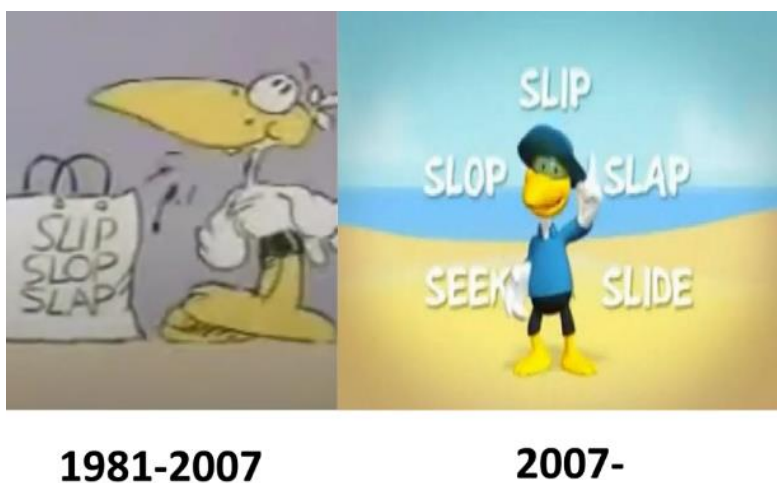
3.2.6. Slip, Slop, Slap, Seek, Slide

Az úgy nevezett Slip, Slop, Slap, Seek, Slide kampány célja a bőrrák megelőzése Ausztráliában azáltal, hogy ösztönzi a nap elleni védekezést különböző módszerekkel, mint a ruházat, naptej, kalap, árnyék keresése és napszemüveg viselése.

Élete során 3 ausztrál közül körülbelül 2-nél diagnosztizálnak bőrrákot. Ennek leküzdése érdekében az országban 1981 bevezették az úgy nevezett „Slip, Slop, Slap, Seek, Slide” kampányt. A kampány, amelyet az Ausztrál Rákellenes Tanács (Cancer Council Australia) kezdeményezett, egy átfogó napvédelmi kezdeményezés, amelynek célja a bőrrákosok arányának csökkentése. Öt kulcsfontosságú cselekvésre ösztönöz: vállat, karokat és lábakat fedő ruházat felhúzása (Slip), naptej felkenése (Slop), kalap felhúzása (Slap), árnyék keresése (Seek) és napszemüveg felcsúsztatása (Slide).

Sid, a sirály, a kampány kabalafigurája 1981-ben debütáló videójában rövidnadrágot, pólót és kalapot viselt, szteppelt a tévéképernyőkön, és egy fülbemászó dalt énekelve emlékeztette az ausztrál polgárokat a bőrrák elleni három (Slip, Slop, Slap) egyszerű védekezési módra. 2007-ben a szlogent Slip, Slop, Slap, Seek, Slide-ra frissítették, hogy tükrözze az árnyék keresésének (Seek) és a napszemüveg felcsúsztatásának fontosságát (Slide) a napkárosodás megelőzése érdekében. Ebben az évben Sid-et és dalát is frissítették, hogy egy modernebb formában tudja eljuttatni az üzenetet a lakosság számára.¹⁸

8. ÁBRA: SID, A SIRÁLY AZ ÉVEK SORÁN



Forrás: Cancer Council Australia

¹⁸ <https://www.cancercouncil.com.au/cancer-prevention/sun-protection/preventing-skin-cancer/>
2024.07.29)

(Letöltve:



3.3. USA

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere sokszínű és fejlett, de jelentős kihívásokkal küzd, mint például a magas egészségügyi költségek és az egyenlőtlen hozzáférés az ellátáshoz. Az ország közegészségügyi politikái és programjai célja, hogy kezeljék a széleskörű egészségügyi problémákat, mint a cukorbetegség és a szívbetegségek.

3.3.1. National Diabetes Prevention Program (magyarul: „Nemzeti Diabétesz Megelőzési Program”)

Az Egyesült Államokban az úgy nevezett „National Diabetes Prevention Program” célja a 2-es típusú cukorbetegség előfordulásának csökkentése strukturált életmódváltó programokkal.

A Nemzeti Diabétesz Megelőzési Program (National Diabetes Prevention Program, National DPP) a Betegségellenőrzési és Megelőzési Központok (CDC) 2010-ben indított kezdeményezése, amelynek célja, hogy strukturált életmódváltással csökkentse a 2-es típusú cukorbetegség előfordulását a veszélyeztetett felnőttek körében. A program olyan kutatásokon alapul, amelyek szerint az életmódbeli változtatások jelentősen csökkenthetik a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázatát. A nemzeti DPP az egészségnevelésre, a testsúlyszabályozásra és a fokozott fizikai aktivitásra helyezi a hangsúlyt, és a széles körű elérhetőség biztosítása érdekében helyi és országos partnerek hálóján keresztül valósul meg.

3.4. Portugália

Portugália egészségügyi rendszere államilag finanszírozott és minden állampolgár számára hozzáférhető. Az ország innovatív megközelítéseiről ismert, különösen a kábítószer-függőség kezelésében, ahol a közegészségügyi megközelítést részesítik előnyben a büntetőjogi megoldásokkal szemben.

3.4.1. Portugál dekriminalizációs politika

2001-ben Portugália dekriminalizálta a kábítószeres kis mennyiségének birtoklását, és a függőséget közegészségügyi megközelítéssel kezelte, csökkentve a kábítószerrel kapcsolatos károkat.

1999-ben Lisszabon viselte az „Európa heroinfővárosa” jelzőt. Az ezzel járulékos betegségek, mint például a HIV-fertőzés, 2000-ben minden idők legmagasabb szintjét érték el, 104,2 új esetet regisztráltak egymillió emberre vetítve. Ennek hatására Portugália újradefiniálta a függőség problémáját, és ennek megfelelően más országokhoz képest egészen más megközelítést képzelt el a kezeléséhez. 2001-ben Portugália forradalmi megközelítést vezetett



be a kábítószer-függőség elleni küzdelemben azzal, hogy dekriminalizálta valamennyi kábítószer kis mennyiségének birtoklását, és a függőséget nem büntetőjogi, hanem közegészségügyi kérdésként kezelte. Ez a politika a bebörtönzés helyett a kezelés és a rehabilitáció révén kívánta csökkenteni a kábítószerrel kapcsolatos károkat. Kezdetben az eredmények ígéretesek voltak: jelentősen csökkent a kábítószerrel kapcsolatos halálesetek, a HIV-fertőzések és az általános függőségi arány. A közelmúltban felmerült kihívások azonban megkérdőjelezték e modell fenntarthatóságát.

3.5. A külföldi példák alapján bevezetni javasolt programelemek

Az alábbiakban részletezett programjavaslatok a nemzetközi benchmark elemzések alapján kormányzati szándék szerint is tervezettek, melyekről a lakossági megkérdezések alapján már visszacsatolást is kaptunk. Részletesen a lakossági mérés eredményei a 2. fejezetben.

3.5.1. Egészségügyi Kártya Program

Az egészségügyi prevenció hatékonyan működő alapja az egészséges életmód és életvitel, amely magában foglalja az egészséges táplálkozást, a rendszeres fizikai aktivitást és az egészségtelen szokások elkerülését. A tanulmányban bemutatott adatok egyértelműen rámutatnak arra, hogy Magyarország ezen a területen jelentős lemaradásban van. Ennek következményeként számos később már nehezen kezelhető egészségügyi probléma jelentkezik, ami magas költségekkel jár. Az egészséges életmód és életvitel fontosságának nagyobb elismeréséhez átfogó, jól kidolgozott és ösztönzőkkel támogatott kormányzati programokra van szükség. A nemzetközi példák alapján megállapítható, hogy az egészséges életvitel szélesebb körű elterjesztéséhez ilyen programok elengedhetetlenek. Ezért a következőkben **egy nemzetközi tapasztalatokkal alátámasztott, átfogó stratégiát mutatunk be, amelyet Egészségügyi Kártya Programnak neveztünk el**, a jól ismert és sikeres SZÉP Kártya programhoz hasonlóan. A stratégia egyes elemei külön-külön is alkalmazhatók, de a legjobb eredmények elérése érdekében a teljes program bevezetése javasolt.

Az Egészségügyi Kártya Programot a már működő és népszerű SZÉP Kártya Programhoz hasonlóan, elsősorban béren kívüli juttatásként javasoljuk bevezetni. Az Egészségügyi Kártya egy fizikai kártya, amellyel bizonyos termékekért és szolgáltatásokért lehet fizetni.

3.5.1.1. *Az egészséges termék, illetve szolgáltatás egységes, hivatalosan elismert logóval történő ellátása*

A javaslat **első pillére** egy nemzeti szinten önkéntesen alkalmazott „egészség logó” bevezetése, amely a fogyasztók egyértelműen jelzi az egészséges életmódot támogató



termékeket és szolgáltatásokat. Az egészség logó nem csak egészséges élelmiszereket jelölne, hanem minden olyan terméket és szolgáltatást, amely hozzájárul az egészségfejlesztéshez és betegségmegelőzéshez. Ez magában foglalja az egészséges ételeket kínáló boltokat és éttermeket, sportlétesítmények szolgáltatásait, sportszer áruházak termékeit, valamint magán-egészségügyi ellátásokat és szűréseket is. Az egészség logó alkalmazásának feltételeit állami hatóság szabná meg, és a terméket vagy szolgáltatást kínálóknak engedélyt kellene kérniük annak használatára. Az engedély megszerzése a feltételek teljesítésétől függene, amelyek meghatározásakor érdemes lenne figyelembe venni az olyan nemzetközi példákat, mint a Nordic Keyhole vagy a dán teljes kiőrlésű gabona program.

3.5.1.2. A kínálati oldal ösztönzői

A program **második pillére** a kínálati oldalt, azaz a munkáltatókat és a szolgáltatókat ösztönző intézkedések bevezetése. Az alábbiakban néhány ilyen ösztönzőt ismertetünk:

- + **Adókedvezmények:** A SZÉP Kártyához hasonlóan kedvező adózási feltételek biztosítása az Egészségügyi Kártya Programban nyújtott juttatások tekintetében.
- + **Többletköltségek állami támogatása:** Az egészséges ételek és szolgáltatások nyújtásával járó extra költségek állami támogatása.
- + **Partneri lehetőségek:** Kedvező partneri megállapodások az egészség logót alkalmazó vállalatokkal, szakmai és módszertani tanácsadás, valamint speciális kedvezmények biztosítása.
- + **Kiemelt promóciós lehetőségek:** Állami hirdetések, sajtómegjelenések és sportesemények keretében történő népszerűsítés.

3.5.1.3. A keresleti oldal ösztönzői

A program **harmadik pillére** a keresleti oldalt ösztönző intézkedések bevezetése, különös tekintettel a magyar népesség motiválására. Néhány javasolt ösztönző:

- + **Kihívások és nyeremények:** Az Egészségügyi Kártya használatáért pontokat lehet gyűjteni, amelyek bizonyos szint elérésekor nyereményekre válthatók be, mint például ingyenes szűrés, havi sportbérlet vagy egészségkosár.
- + **Ingyenes sporteszközök biztosítása:** A programban részt vevő, alacsony jövedelmű személyek számára ingyenes sporteszközök és felszerelések biztosítása.

3.5.2. Magyar Gasztroreform

A Magyar Gasztroreform egy átfogó, országos kampány, melynek célja az egészséges étkezési szokások és a tudatos vásárlás népszerűsítése Magyarországon. A kezdeményezés elsősorban a mediterrán étrend és annak előnyei, valamint az alternatív, hagyományos magyar alapanyagok, illetve a nyúl és a hal fogyasztásának ösztönzésére koncentrál megújult formában. Emellett a program hangsúlyozza az egészségtudatos étkezés és vásárlás fontosságát a fiatalok körében, akik gyakran szembesülnek a kényelmes ételkiszállítási lehetőségek csábításával.



A Gasztreform ihletett merít más, elsősorban mediterrán országok hasonló kampányaiból, azonban fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az újdonságnak számító, egészséges(ebb) ételek promótálása mellett a program keretében nagy hangsúlyt kerülne a hagyományos magyar ételek egészségesebb formában történő elkészítési módjainak népszerűsítésére.



4. KÖVETKEZTETÉSEK

A kvantitatív vizsgálat eredményei alapján a lakosság igen magas aránya (75,5 százaléka) nyilatkozta, hogy egészséges életmódot folytat, azonban a fókuszcsoportos vizsgálatban ezzel éppen ellentétes eredményekre jutottunk. Ennek vélhető oka lehet az alkalmazott módszertan struktúrája: utóbbi esetén e témakört megelőzte egyéb diskurzus, mely által a résztvevőknek lehetősége volt definiálni és tisztázni, hogy mit jelent egészségesen élni. Javasoljuk a lakosság egészséggel kapcsolatos percepcióinak és egészségtudatosságának edukációjára a nagyobb figyelem fordítását.

A kutatás sarkalatos pontja azon javaslat, ami a drog-, de akár dohányzásra vonatkozó prevenciók módszereit átdolgozását hangsúlyozza. Ennek értelmében az uralkodó vélemény az volt, miszerint a már évtizedek óta, az elrettentésre fókuszáló – különösen iskolai – prevenció nem hatékony, véleményük szerint ez a távolságtartó módszer nem ösztönzi célcsoportját a leszokásra, de arra se, hogy tartózkodjon ezen szerektől. Célszerűbb lehet egyrészt például a kábítószeresek hosszútávú hatásait hangsúlyozni, de kiemelten fontos, hogy eredményességük érdekében az elrettentés politikájának átdolgozása szükségeltetik.

Megfogalmazódott a magyar lakosságot érintően az egészségkultúra hiánya. Ehhez kapcsolódik a TB járulék megemelésének és a szűrővizsgálatokból való kimaradásnak büntetése is, mellyel kapcsolatban jellemzőbb volt az elutasító attitűd. A kérdőíves vizsgálat eredményei alapján a válaszadók 65,1 százaléka nem értene egyet a TB járulék megemelésével, illetve a fókuszcsoportos beszélgetések esetén is jellemzőbb volt az elutasító attitűd. Ennek végső indoka, miszerint nem célszerű a büntetés eszközét alkalmazni abban az esetben, ha célunk a lakosság egészségtudatosságának növelése. Az alkalmazni kívánt pedagógia mellett indokolja ezt az is, hogy aktuálisan a magyarok az egészségügyi infrastruktúra hiányosságait érzékelik, mely körülmények nem teszik lehetővé egy olyan intézkedés bevezetését, mely a büntetés logikája mentén működik.

A lakosság ösztönzése a szűrővizsgálatok gyakoribb igénybevétele érdekében egy kiemelt feladat. A kvantitatív adatfelvétel alapján a kérdezettek 63,9 százaléka ösztönzően hatna a TB járulék megemelésére a szűrővizsgálatok elmulasztása esetén, ugyanakkor javaslatként hangzott el például az erre igénybe vehető, a munkáltatók által biztosított szabadnap a munkavállaló részére, kisgyermekes szülők részére gyermekfelügyelet vagy például TB járulék kedvezmény lehetősége.

A tervezett programokat jellemzően támogatóan fogadták a kérdezettek, ugyanakkor a gyakorlati kivitelezést illetően a legtöbb esetben kételyekkel találkoztunk. Általános az a hozzáállás, mi szerint a lakosság pénzügyi helyzetét sokkal inkább figyelembe szükséges



venni, amikor ezen programok kidolgozása történik (például a Magyar Gasztroreform és az Egészségesebb Étkezési Program esetén).

A mesterséges intelligencia egészségügyben történő használatát illetően számos kétséggel találkoztunk, szemlélteti mindezt az, hogy a kvantitatív kutatásba bevont válaszadók 31 százaléka nyilatkozta, hogy nem táplál félelmeket ennek kapcsán. Összességében igaz, hogy eddigi szűkös tapasztalatainkból fakadóan a lakosság nem bízna teljesen rá magát egy AI alapú szoftverre, fontos számukra az orvos általi felülvizsgálat és jóváhagyás. A kezdeti bizalmatlansággal és félelemmel teli attitűd a szélesedő tapasztalatokkal bizonyára enyhülni fog, ugyanakkor nem javasolt az orvos kivonása az egészségügyi döntések, feladatok alól. Ezek együttműködése az, ami a lakosság számára bizalmat nyújt, és egyúttal félelmeiket enyhíti.

Javasolt a kormányzati prevenció, egészségfejlesztő és – megőrző programokat a lehetséges minél több kommunikációs csatornán a megfelelő célcsoportot célozva folyamatosan tájékoztatni, hogy egy-egy kiemelt jelentőségű nemzeti programot elemi szinten ismertté tegyék.

A különböző programok végrehajtását összehangoltan és felelős koordinációban javasolt végezni, melyet szigorú nyomkövetésű monitoring követ, melyet célzott kommunikációval szükséges támogatni a közvélemény felé.



5. MÓDSZERTAN

A kutatás módszertanilag három fő részre tagolódott: (i) 20.000 fős mintán végzett kvantitatív kutatás; valamint (ii) kvalitatív kutatás, amely kilenc fókuszcsoportos beszélgetést tartalmazott különböző demográfiai háttérrel rendelkező résztvevőkkel, (iii) nemzetközi benchmark a prevenciós programok legjobb gyakorlatairól.

5.1.1. Kvantitatív kutatási pillér

A Századvég Konzorcium közvélemény-kutatást készített 2024. április 30. és június 27. között a felnőtt magyar okostelefonnal rendelkező és internetező lakosság körében. A vizsgálat CATI módszerrel készült, melynek keretein belül 20 002 véletlenszerűen kiválasztott felnőttkorú személyt kérdeztünk meg. Az elemzésben közölt adatok legfeljebb plusz-mínusz kevesebb, mint 1 százalékponttal térhetnek el a mintavételből fakadóan attól az eredménytől, amit az ország összes felnőtt lakosának megkérdezése eredményezett volna. A százalékos megjelenítések esetén, a kerekítések miatt, a kumulált érték nem minden esetben 100.

A telefonos adatfelvétel során a kérdezőbiztosok számítógépen rögzítik az elhangzottakat. A módszer előnye, hogy a személyes lekérdezésnél olcsóbb, valamint az adatfelvétel ideje is rövidebb. Továbbá a számítógépen való rögzítés lehetővé teszi a bonyolultabb feltételrendszert tartalmazó kérdőívek adatfelvételét is. Alkalmas továbbá a standardizált vélemények megismerésére, valamint a reprezentativitás problémamentes biztosítására is. A mintavétel során elsősorban megrendelői igény szerint, de általában a legfontosabb szocio-demográfiai tényezők mentén (nem, életkor, településtípus, iskolai végzettség) kvótázzuk a kiválasztást. Ha a mintavétel torzul a kvótához képest, iteratív súlyozással korrigáljuk.

5.1.2. Kvalitatív kutatási pillér

A Századvég Konzorcium 2024. június 25. és július 9. között összesen kilenc darab fókuszcsoportos beszélgetést készített. Valamennyi fókuszcsoporton összesen 6-6 fő vett részt, melyeket szakképzett moderátorok vezették, az elhangzottak pedig hangfelvételen rögzítésre kerültek. A hangfelvételek segítségével jegyzetek készültek, melyek a további elemzés folyamatát segítették elő.

A fókuszcsoportos vizsgálat egy csoportos beszélgetés, mely félig strukturált vezérfonal alapján zajlik egy moderátor segítségével. Jellemzően 18 év feletti (igény esetén 16 év feletti) résztvevőkkel készül, a szereplők minden esetben elsősorban a megrendelői igények szerint, de tipikusan életkor, lakhely, nem, jövedelem, iskolai végzettség és további egy-két, a kutatás szempontjából releváns szűrőszempont alapján válogatjuk. A módszertan előnye, hogy általa olyan szubjektív vélemények is felszínre kerülhetnek, amiket egy kérdőíves adatfelvétel



felszínebben képes körüljárni, továbbá lehetőséget teremt a csoportdinamika mentén is alakuló vélemények megfigyelésére. További előnyt jelent, hogy a fókuszcsoporthoz vizsgálat által a kérdőíves kutatás adatai mögött meghúzódó vélemények mögöttes jellemzőire is választ kaphatunk.

A fókuszcsoporthoz három különböző téma köré csoportosultak. Három-három csoportot készítettünk a három különböző vezérfonal mentén. Az első a közös elemeken túl kimondottan a már érvényben lévő, valamint a tervezett népegészségügyi programok ismertségére és megítélésére vonatkozott. A második vezérfonalban fokozottabb figyelmet szenteltünk az egészségmegőrzéssel kapcsolatos motivációkra és félelmekre, valamint a gyógyszerek, vagy éppen alternatív gyógyászati megoldások alkalmazására. Végül készült három olyan fókuszcsoporthoz beszélgetés, ahol a közös kérdéseken túl a szer- és dohánytermékek fogyasztásának témakörei, illetve a mesterséges intelligencia egészségügyben való használhatósága került górcső alá.

Valamennyi beszélgetést egy asszociációs játékkal kezdtünk, ahol három fogalom felsorolását követően a résztvevők elmondhatták, hogy mi jutott először eszükbe az adott kifejezésekről. A második, minden beszélgetésen felmerülő témakör az egészséges életmód volt. Ennek keretein belül kíváncsiak voltunk, hogy a kérdezetteknek milyen percepcióik vannak azzal kapcsolatban, hogy mit jelent ez a fogalom vagy életforma, mit látnak, mennyiben követi ezt a magyar társadalom, illetve maguk a kérdezettek mennyiben törekednek arra, hogy egészséges életmódot éljenek. E témakör keretein belül érintettük a szűrővizsgálatok kérdéskörét is, mint az egészséges életmód egy lehetséges dimenziója.

A fentebb említett témákat az első vezérfonal alapján az egészségmegőrzési (preventív) programok témaköre követte. Ennek keretein belül a kormányzati kezdeményezésű kitelepülésekről beszélgettünk, illetve érdeklődtünk, hogy a kérdezettek milyen egyéb programot ismernek. A következő kérdésblokkba már működő kampányokról kérdeztük a résztvevőket, többek között a Nemzeti Népegészségügyi Program különböző elemeiről. A kormányzati programokra összpontosító fókuszcsoporthoz beszélgetések utolsó részében olyan egészségmegőrző és egészségfejlesztő programokat, kampányokat és termékeket ismertettünk, melyeket aktuálisan tervez a kormányzat. Ilyenek többek között a Testmozgás Receptre, az Egészségügyi Kártya Program vagy például a Magyar Gasztrareform.

A második tematikus vezérfonal következő témája az egészségmegőrzéssel kapcsolatos motivációkat és félelmeket volt hivatott feltárni. Ennek keretein belül bővebben érdeklődtünk a résztvevők szubjektív megélésére saját egészségügyi állapotukat illetően. Utolsó nagyobb témakör a gyógyszerekre és egyéb alternatív gyógymódok igénybevételére, használatára összpontosult.



A harmadik vezérfonal a kábítószer- és dohánytermékek fogyasztásának kérdésével folytatódott. Ezúttal is három fogalommal indítottunk, valamint feltérképeztük a résztvevők benyomásait egy szerfogyasztó személlyel kapcsolatban. Kitértünk továbbá személyes tapasztalataikra, esetleges dohányzási szokásaikra és annak kérdésére, hogy mennyiben tartják Magyarországon égető problémának a dohányzást. Végül a mesterséges intelligencia egészségügyben történő használatáról kérdeztük a résztvevőket. Összesen három lehetséges területet és módszert soroltunk fel számukra, amik a közeljövőben alkalmazhatók lehetnek az orvoslás területén, majd véleményüket megoszthatták a csoport résztvevőivel.

1. TÁBLÁZAT: FÓKUSZCSOPORTOK JELLEMZŐI

Csoport sorszáma	Összetétel
1	18-59 évesek, akik időszakos fájdalmakra általában bevesznek/általában nem vesznek be gyógyszert – miskolci fókuszcsoport
2	18-59 évesek, akik időszakos fájdalmakra általában bevesznek/általában nem vesznek be gyógyszert – budapesti fókuszcsoport
3	18-59 évesek, akik időszakos fájdalmakra általában bevesznek/általában nem vesznek be gyógyszert – győri fókuszcsoport
4	18-60 évesek, akik legalább évente járnak bármilyen eü szűrésre/ennél ritkábban, vagy egyáltalán nem jár szűrésre – budapesti fókuszcsoport
5	18-60 évesek, akik legalább évente jár bármilyen eü szűrésre/ennél ritkábban, vagy egyáltalán nem jár szűrésre – szolnoki fókuszcsoport
6	60 év felettiek, akik legalább évente jár bármilyen eü szűrésre/ennél ritkábban, vagy egyáltalán nem jár szűrésre (fele-fele arányban) – szolnoki csoport
7	Dohányzó és nem dohányzó 18-59 évesek – miskolci fókuszcsoport
8	Dohányzó és nem dohányzó 18-59 évesek – budapesti fókuszcsoport
9	Dohányzó és nem dohányzó 18-59 évesek – győri fókuszcsoport

Forrás: Századvég saját szerkesztés

A lakossági felmérésünk óta – mintegy megerősítve a kormányzat elköteleződését a megelőző egészségpolitika iránt – 2024. június végén megjelent „*A betegségek megelőzéséről, a korai stádiumú felismerést szolgáló új egészségügyi szűrővizsgálati rendszer elveiről*” szülő Belügyminisztérium jegyezte szakmai koncepció. Tekintettel arra, hogy a szakpolitikusok elkötelezettek az egészségügyi fókuszváltás szükségessége iránt, az egészségügyért felelős minisztérium jogszabályi rendelkezéssel kötelezővé tevő szűrővizsgálatok rendjéről mindenképpen külön fejezetben szót ejtünk különösen annak fényében, hogy a 2023. évben történt prevenciós kutatásunk még csak az elvi szándékokról írt. Így ez a 2024. évi javaslat nagy előrelépés a kezelésről a megelőzésre történő áttérés jegyében. A lakossági felmérés



idején még nem volt ismert ezen központi szándék, ezért a lakossági észrevételek még nem tükrözik a minisztériumi szándékról alkotott véleményt.

Áttekintjük továbbá szintén a Belügyminisztérium megbízásából elkészült és 2024 júniusában közzétett Nemzeti Népegészségügyi Program 2023-2033 elnevezésű szakpolitikai stratégiai dokumentumot annak érdekében, hogy az időben még átfedő, de kormányzati szándékot valamely módon tükröző elképzelések minél szélesebb körben megismertek legyenek. A lakossági észrevételekből is kitűnik, hogy hiába a programok és intézkedések rendszere, ha az nem kap kellő nyilvánosságot, akkor annak társadalmi elfogadottsága nehézkessé válik a megvalósítás során.

5.1.3. Desk research

A nemzetközi benchmark felállítása desk research alapú kutatásban, amelyben prevenciós programok legjobb nemzetközi példái kerültek feldolgozásra, több lépésből áll. Elsőként meghatározásra került a kutatás célja, amely a legjobb gyakorlatok azonosítása és elemzése volt a prevenciós programok terén. Az elemzéshez különböző források kerültek felhasználásra, beleértve tudományos publikációkat, kormányzati és nemzetközi szervezetek jelentéseit (pl. WHO, OECD), valamint online adatbázisokat és weboldalakat, amelyek releváns információkat tartalmaztak a vizsgált programokról.

Az adatgyűjtés során a programok rendszerezésre és értékelésre kerültek több szempont alapján, mint például a származási ország, a program célkitűzései, alkalmazott módszertanok és elért eredmények. A programok rövid összefoglalása, célcsoportjai és beavatkozási eszközei is kigyűjtésre kerültek, majd végül az elért eredmények kerültek dokumentálásra.

A nemzetközi áttekintés során igyekeztünk olyan példákat keresni, melyek sem hagyományaiban, sem szokásaiban nem hasonlít Magyarországra, mint például Japán, az Egyesült Államok és Ausztrália. Ezen országok példáin keresztül rákmegelőzési programok, életmódbeli programok, elhízás elleni programok, egészséges étkezés, jelölőrendszerek kerültek bemutatásra etc. Választásunkat az indokolta, hogy minél különbözőbb kultúrkörökből is nyerhessünk tapasztalatokat, minél szélesebb látókörrel színesítve a lehetséges hazai megoldásokat és javaslatokat adjunk a kormányzati programok jövőbeni bevezetéséhez.

A kitekintések során kialakított javaslatokat – például az Egészségügyi Kártya Programot – már kormányzati tervezetként a lakossági megkérdezések során előzetesen is véleményyeztük.



SZÁZADVÉG

