

## Népegészségügy az egészségügyben – Az Egészségfejlesztési Irodák fennmaradásának kérdései

Remetehegyi Ildikó, Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Dr. Dózsa Csaba, Miskolci Egyetem

Dr. Németh Éva, Állami Egészségügyi Ellátó Központ

**Az Egészségfejlesztési irodák (EFI) kétéves működése után, időserű az irodák eredményeinek értékelése, hatékonyságuk vizsgálata. Jövőjükre nézve az irodák fenntartása, üzemeltetése és finanszírozása még mindig nem megoldott. Így jogosan merül fel a kérdés, hogy mi lesz az irodák sorsa. Milyen lehetőségeik vannak a fennmaradásra jelenleg?**

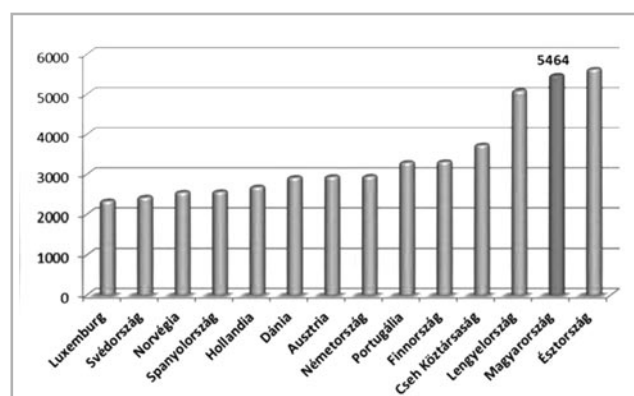
*After two years of operation of the Health Promotion Offices, time has come for the evaluation of the results achieved by them as well as for assessing their efficiency. With regard to their future, the maintenance, operation and financing of the offices are still unresolved. Thus a question arising as to their future operation seems to be justified. What are the possibilities of their survival at present?*

### BEVEZETÉS

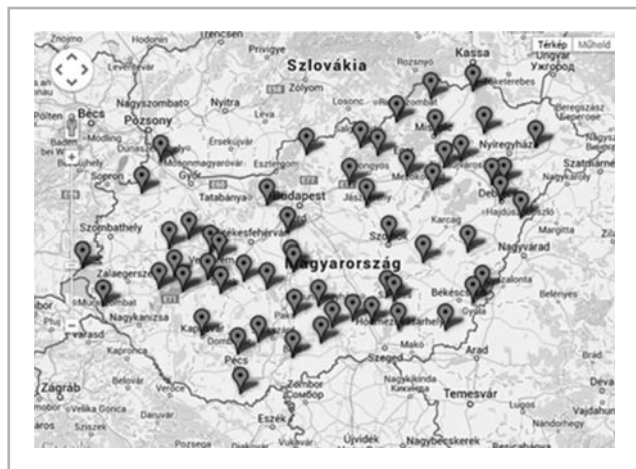
Az egészségfejlesztés a hazai egészségügyi rendszerben intézményesítetten 2013-ban kapott helyet. 2013 nyarán az Új Széchenyi Terv keretében Európai Uniós pályázati forrásokból hozzávetőlegesen 5 milliárd forint támogatásból jött létre az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) láncolata [1], 60 irodával. A létrehozásuktól számított másfél vagy két éves időszakra tervezett működésük az idén tavasszal vagy a nyár folyamán véget ért. Ezen időszak után időserű az irodák eredményeinek értékelése, hatékonyságuk vizsgálata. Jövőjükre nézve az irodák fenntartása, üzemeltetése és finanszírozása még mindig nem megoldott. Milyen lehetőségeik vannak a fennmaradásra és folyamatos működésre a következő években?

Hazánkban igen magas a szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedők, a daganatos betegséggel küzdő betegek száma. Iszkémiás szívbetegséggel közel 110 000-en küzdenek, daganatos betegségekben 300 000-en szenvednek a KSH 2012. évi adatai alapján [2]. Ezek a számok évről évre növekvő tendenciát mutatnak. Öregedő társadalmunk egyre több krónikus betegséget hoz magával, ha csak a COPD-t, vagy az időskori diabéteszt említjük, már látszik a probléma súlyossága és tömegeket érintő nagysága. De nem csak az időskor hozza magával a krónikus megbetegedéseket, társadalmunkra jellemző táplálkozási hagyományok, káros szokások gyakorisága, a dohányzók magas száma és mozgásszegény életmódunk is az egészségfej-

lesztésért, a megelőzésért kiált. Ezeket a leírt folyamatokat visszatükrözi a potenciálisan elvesztett életek számának alakulása (1. ábra) [3]. Ez a negatív trend hívta életre az Egészségfejlesztési Irodákat, a korai halálozás csökkentése a tevékenységük fő indikátora. Az irodák alapvetően a felsorolt problémák megoldását célozzák, a cél egy koordinált, kockázatbecslésen alapuló egészségfejlesztési hálózat kiépítése, az alapellátás bevonásával, az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták kialakítása érdekében, az egészségügy bevonásával, de a medikalizálódás elkerülésével. Kötelezően együttműködő partnereik köre a kistérségben/járásban működő felnőtt és vegyes háziiorvosi szolgálatok legalább 33%-a, és a kistérségben lévő, valamennyi közfinanszírozott, fekvő- és járóbeteg-szakellátó intézmény. Ezzel a magasabb szintű szűrővizsgálatok, szakrendelések is elérhetőek lettek az irodák számára. Javasolt volt továbbá az illetékes Népegészségügy Szakigazgatási Szerv (Megyei Kormányhivatalok Népegészségügyi Főosztályai-ként működnek), illetve az ÁEEK területért felelős egészségügyi szervezeti egységeinek bevonása kórházi irodák esetén. Így egy, az aktuális népegészségügyi problémákra felelő új szolgáltatás jött létre az egészségügyön belül. Sajnálatosan az irodák eloszlása területileg nem egyenletes, van olyan megye (Komárom-Esztergom), ahol egyetlen iroda sem tudott létrejönni, illetve a programból az EU-s régiós besorolás következtében a Közép-Magyarországi régió eleve ki lett zárva (2. ábra). Az ország területileg nem lefedett, az irodákat létrehozó projekt nem határozza meg pon-



**1. ábra**  
Potenciálisan elvesztett életek száma (OECD adatai alapján 100 000 fő 0-69, 2012) OECD (2015), Potential years of life lost (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Megtekintve: 2015. 10. 06.) (forrás: <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm#indicator-chart>)



**2. ábra**  
Az Egészségfejlesztési Irodák elhelyezkedése országosan (58 EFI)  
(forrás: <http://old.egeszseg.hu/egeszsegfejlesztesi-iroda-efi-terkep/> 2015. február 4.)

fenntartó	db EFI	aránya
Kórház	23	38%
Járóbeteg szakellátó	21	35%
Alapellátó	3	5%
Önkormányzat	13	22%

**1. táblázat**  
60 db EFI megoszlása fenntartói szerint (forrás: Kaló Andrea NEFI)

tosan az irodák területi illetékességét, így a különböző intézményekhez csatlakozó irodák különböző ellátási területet vállalnak aszerint, hogy az ellátás mely szintjéhez kapcsolódnak [4]. Az eddig már működő irodák a lakosság egynekedét képesek hozzávetőleg elérni (1. táblázat).

## AZ ELEMZÉS ELKÉSZÍTÉSÉNEK MÓDSZERE, ADATOK FORRÁSA

Az adatgyűjtés során a működő irodák hatékonyságának mérése volt a cél. A felmérés az irodák honlapjaira támaszkodik, egyéb rendelkezésre álló adatok hiányában. Az EFI-k adatgyűjtési rendszere 2 év elteltével is még mindig csak kidolgozás alatt áll, így minőségi mutatók jelenleg nem állnak rendelkezésre, a programokon részt vevőkről a projektek végső lezárását követően várhatóan néhány hónapon belül lesz pontos információ. Arra azonban nincs megbízható adat, hogy a programokba bevont kliensek milyen valódi eredményeket értek el az egészségi állapotuk javulásában, például: hányan szoktak le a dohányzásról, vagy hány kilót fogytak az irodákhoz forduló. A kutatás 46 honlap részletes áttekintése során a különböző programok, klubok feltérképezésére fókuszált. A felmérés külön kitért a dohányzással kapcsolatos tevékenységekre, felvilágosító vagy adekvát leszoktató programok meglétére. A módszeresen vizsgált 46 iroda honlapja mellett, egy rövid kérdőív is megküldésre került 11 irodához. A megkérdezett irodák honlapjai is vizsgál-

latra kerültek, a kérdőív jellemzően szakmai felügyeletre, a munkavégzés mikéntjére tér ki, így ez árnyalja a felmérésből fakadó információkat. A kérdőív kitért továbbá az iroda munkatársainak szakmai kompetenciájára, a működési nehézségeikre, jellemző tevékenységeikre és megoldatlan problémákra is. 4 irodából érkezett érdemi válasz, a 4 válaszadó iroda közül csak egy tudott adatokkal szolgálni az életmódváltó programok sikerességét illetően. Ezek az adatok a vizsgálat során feltárt következtetések megerősítéséül kerültek felhasználásra a cikk megírásakor. A konklúziók a honlapok vizsgálatán alapulnak. Csak azok az irodák kerültek a felmérésbe, melyeknek honlapjai működtek, illetve a vizsgálat időpontjától számított 2 hónapnál frissebb bejegyzést is tartalmaztak.

## AZ EFI-K MŰKÖDÉSÉNEK KEZDETI EREDMÉNYEI

Az irodák fő erősségei a programok kialakításakor alapul vett, kistérségi és járási, epidemiológiai és demográfiai adatok. Szinte kivétel nélkül minden vizsgált iroda működött betegségklubokat, diabéteszklubot, szív- és érrendszeri betegklubot. Működésükről számszerű adatokkal az EMMI szolgálhat, 17 995 személyt sikerült működésük első másfél évében bevonnani valamilyen életmódváltó programba állapottelképésük alapján. Az államtitkárság adatai szerint közel 224 317 kliens töltött ki valamilyen életmóddal kapcsolatos kérdőívet, ebből sikerült bevonnani 17 995 főt (ez a kérdőívet kitöltők 8%-a), de sajnos arra már nem kapunk választ, hogy ők milyen sikerrel teljesítették a programot [5]. Az irodák honlapjainak módszeres vizsgálata a 2. táblázatban látható eredményt hozta 46 iroda adatai, információi alapján. Az a fordított helyzet állt elő, hogy az irodai lánc hamarabb felállt, mint a módszertan, ami annak működését szabályozná, illetve a program, mely adataikat gyűjtené, értékelné. Mivel nem született meg az irodák számára az egy-egy koordináció, programjaikban széles körű diverzitást tapasztalhatunk. A leszoktató programok, a szűrések, a tanácsadások más-más hangsúlyt kapnak irodánként. A honlapjaikon közzétett információk alapján ez a különbség nem feltétlenül magyarázható az adott járásra jellemző demográfiai, epidemiológiai adatokkal. A programok választékát inkább a bevont, rendelkezésre álló szakemberek végzettsége befolyásolja. Ahol dietetikus is helyett kapott a munkatársak körében, ott az étrendi tanácsadás mellett főzőiskola, diabétesz-tanácsadás is megjelenik, ahol egészségfejlesztő is van, ott kisebbségi programok is szerepelnek a kitelepülések sorában. Több irodában is orvosok vállalnak vezető feladatokat, illetve ápolók, ami a klinikai szemlélet erőteljes jelenlétét hozza magával, noha az orvosi szaktudás az egészségfejlesztő feladatok ellátásához szükségtelen. Amellett, hogy a szemléletmódjuk a medikalizálódás felé viszi az irodát, luxusnak tekinthető szervezési feladatra orvosi kapacitást pazarolni. Az egészségfejlesztő nem klinikus, van egészségügyi jártassága és alapismerete, de szociológiai és pedagógiai kompetenciákkal is rendelkezik. Szervezési jártasságukra minden irodának szüksége van.

Ahol gyógytornász van az iroda csapatában, ott biztosított a sport-, mozgásfoglalkozás. Szerencsére ezt a kérdést a legtöbb iroda nagyon jól kezeli, több esetben külső szolgáltatókat vettek igénybe a foglalkozások, jóga, torna, úszás oktatás szolgáltatásához. Ami minden irodában létrejött és egyedülállóan az EFI-kre jellemző, az az egyéni életmódra vonatkozó tanácsadás (3. ábra). A kliens szintjén történő személyes tanácsadás és nyomon követés a jelenleg fennálló kormányhivatalhoz rendelt népegészségügyi láncolatban nem megoldható, az EFI-kben ez megvalósíthatóvá válhat. Az egyénre szabott tanácsadás így az irodákkal kapcsolatba kerülők körében sikeres lehet. Az addiktológiai tanácsadás magában foglalja ebben az esetben a drog-, alkohol- és dohányzásleszoktatást támogató tevékenységet. Ezek a tanácsadásokon kisebb szűréseket elvégeznek, életmód vezetési tanácsadást és csoportos foglalkozásokat is tartanak. Itt is szembevetendő az étrendi tanácsadás és a különböző betegségklubok hangsúlyos szerepe az irodák tevékenységében. Népegészségügyi szempontból vizsgálva a dohányzást mindenképpen kiemelt ügynek kell tekintenünk. Annak ellenére, hogy ma már köztudott tény, az aktív és passzív dohányzás milyen rizikókat rejt magában, a magyar felnőtt lakosság 20,48%-a valamilyen formában (alkalmanként, naponta) dohányzik a dohányzás fókuszpont nem reprezentatív felmérése alapján [6]. A dohányzás rizikó faktor a szív- és érrendszeri megbetegedések, a krónikus légzőszervi elváltozások és a daganatos megbetegedések szempontjából is, 15 betegségcsoportban okoz bizonyítottan megbetegedéseket [7]. Elvárható, hogy egy egészségfejlesztési hálózat kiemelt figyelmet tulajdonítson a dohányzás megelőzésének. Ennek ellenére erre a problémára nem adnak egyértelmű választ az irodák. Jelentős hányaduk foglalkozik ugyan a kérdéssel, egy-egy kitelepülésen, vagy szóróanyagok terjesztése során. Azonban a 46 irodából csak négyben találhatunk leszokást támogató kidolgozott programot. Ez a jelenség is alátámasztja az átfogó kidolgozott módszertan fontosságát Általános tapasztalat, hogy az irodákat főként a 65 éves korosztály felettiek látogatják. Ez nem csak a meghirdetett programoknak köszönhető. Mivel az irodák egészségügyi szolgáltatóval kapcsolódnak, az egészségügyet igénybe vevők találkoznak elsősorban az irodákkal is. De van egy másik jelenség, ami az irodák felé tereli az alapellátásból a pácienseket: a bekapcsolódott házi orvosi szolgálatok további tanácsadásra ide irányítják a betegeket. Ha a már meglévő betegséget „gondozó” tevékenység felől vizsgáljuk az irodákat, akkor megállapítható, hogy az irodák tevékenységének 67%-át teszi ki a valamilyen egészségügyi problémával küzdő kliensek betegségének menedzselése. Az irodák az egészségmegőrzés szempontjából tehát egyfajta betegút-menedzselést is végeznek (4. ábra). Ahogy az ábra is mutatja, az EFI-k így egyfajta közvetítői szerepet is betöltenek az alap- és szakellátás között. Az irodákhoz önkéntesen jelentkezők, házi orvosi javaslatra érkezők és a járó- és fekvőbeteg-szolgáltatók felől érkező klienseket is el kell látni. Az alap- és szakellátásból kész diagnózissal érkezők nyomon követése, életmódbeli tanácsokkal való ellátá-

sa vagy betegklubban való támogatása a feladat. Az irodák az önkéntesen jelentkezők közül kiszűrt, vagy krónikus betegségben szenvedőket pedig az adekvát ellátói szintre irányítják. A hozzájuk visszatérő „betegek” számára egyéni egészségtervet készítenek, melynek megvalósítását koordinálják, felügyelik. Egyértelműen szoros a kapcsolatok az egészségügyi rendszerrel, a medikalizálódás erősödését sok iroda érzékeli [8]. Az EFI-k nemcsak az egyéni egészségterv kidolgozásában és megvalósításában, hanem a település, a közösség egészségtervének összeállításában és kivitelezésében, koordinálásában is képesek részt venni. Ez 2016. január 1-től törvényben rögzített kötelességük lesz. A törvény említi Budapestet, itt és a Közép-magyarországi régióban eddig nem alakult EFI, ebből arra a következésre juthatunk, hogy az eddigiekben kimaradt területeken is létrehozják az irodákat. Az irány mindenképpen dicséretes és reményre ad okot, de a finanszírozás és fenntartás hiányára még nem ad választ. Nyitott kérdés még a felügyeletük is, a NEFI felel a módszertanukért, de felügyeletüket nem látja el. Befogadás esetén a szakmai minimumfeltételek is meghatározásra kell, hogy kerüljenek, ami az összehasonlíthatóságukat is megkönnyítené. A jogszabályi környezetet ki kell alakítani, ami a működésüket legalizálja és átláthatóvá teszi a hálózat munkáját. Első lépésként pedig meg kell határozni, hogy milyen szinten van a működésüknek létjogosultsága, vagyis az alap- vagy a szakellátáshoz kapcsolódjanak-e? Azt leszögezhetjük, hogy tevékenységük nem indokolja fekvő ellátáshoz való csatlakozásukat. Az önkormányzati, egészségügyi szektoron kívül eső irodákat pedig be kell vonni a kijelölt szintre. A projekt ingyenesen igénybe vehető szolgáltatásként hozta létre az EFI-ket, így ezt az elkövetkező években továbbra is fenn kell tartani. Hogyan finanszírozza az E. Alap ezt az ingyenességet? Ahhoz, hogy a finanszírozásukról tudjunk beszélni, közös nevezőre kell hozni az irodákat. Itt is zavart okoznak a már említett különböző szintek. Így felmerülhet a fejkvóta alapú, vagy a beavatkozás német pont értéke alapján történő finanszírozás is. Viszont, ha mint teljesen új szolgáltatást vizsgáljuk, új kaszsa, új finanszírozási forma is felvetődhet igényként. Egy az alapellátás és a gondozás/szakellátás közötti új szolgáltatási forma befogadása van most soron. Ha már a módszertanuk megszületne, a feladatkörök pontos meghatározása létrejönne, illetve az eredményeik mérésére, közös rendszerezített adatgyűjtési rendszer állna rendelkezésre, könnyebb helyzetben lennének. Talán a megoldás egy vegyes finanszírozási formában van, ahol a tanácsadás és betegklub programok, egyéni egészségtervek készítése és nyomon követése fejkvóta szerint, a szűrések pedig német pont szerint kerülnének finanszírozásra. A problémát itt a „TAJ nélkül igénybe vehető” tulajdonság jelenti, de erre az egységes adatgyűjtési rendszer talán megoldást tudna nyújtani. Az alapellátás a tanácsadói, felvilágosítói munkát áthárítja az irodára, ezáltal tehermentesül. Ez mindenképpen pozitív hatás, ellenben így a beteg kétszer jelenik meg a rendszerben, az EFI-k befogadása esetén duplán lesz finanszírozva az ellátása. Abban az esetben, ha az irodák az alapellátás-

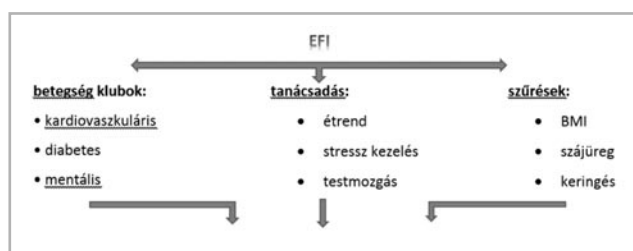
ban a praxisközösség részeként jelennének meg, úgy ez a probléma kiküszöbölhető lenne, abban az esetben, ha a praxis egységként jelentené a tevékenységét. A járóbetegszakellátás szűréseinek a számát növeli az irodák tevékenysége, a paletta nagyon széles, az ernyőképszűréstől, méhnyakrákszűréstől a koleszterin szint mérésen át, a mozgásszervi, fogászati szűrésekig. Mivel az EFI-n keresztül ezek ingyenesen elérhetők, itt is a finanszírozás a fő kérdés. Mi a különbség a biztosítással és a TAJ nélkül igénybe vevők között? A hozzáférést mindenképp javítja, az igazságosság azonban már megkérdőjelezhető. Meddig tart ebben az esetben az EFI határa? Félő, hogy megkerülhetővé válik a járulékfizetésen alapuló rendszer.

Említeni kell a fekvőbeteg-ellátókhoz csatlakozott irodákat. Ezek nagy kórházi EFI-k, amelyek profiljukban nem térnek el a többi irodától. Mivel a szűrések teljes palettájával rendelkeznek, különböző téma köré épített szűrőprogramokat állítanak össze, például „teljes női szűrés”. Ami az előnyük, hogy nagyszámú népességet érnek el, éppen a hátrányuk is, abból a szempontból, hogy a közösségi szinttől távolabb esnek. A nagy irodák főként vannak a sokféle szakmai hozzáférést illetően, a kis irodák viszont a kapcsolatépítésben, a társintézményekkel kialakított szorosabb együttműködésben erősebbek. Ezen felül veszélyt jelent még a kórházi irodáknál, hogy a szakember kereset-kiegészítésként vállal négyórás munkát az EFI-ben, a sokszor azonos helyen lévő iroda és a főállást biztosító munkahely összeolvad, így a szakember ebben a plusz négy órában a főállásában elmaradt munkáját is gyakran pótolja. Az irodák a sportprogramokkal, tanácsadással és kitelepülésekkel tudják a még egészséges népességet megszólítani, de a kitelepülések nem jelentenek rendszeres felügyeletet. Nagyon jó gyakorlat egy-egy kitelepülésen a helyi kormányhivatal népegészségügyi osztályával való közös munka. A kapcsolatépítés, a szektorok közötti együttműködés, a civil szervezetek, a védőnők bevonása még nagyobb réteg elérését segíti elő. Az interszektoriális tevékenység az egész népesség bevonását hozhatná magával az óvodai egészségneveléstől az időskori szociális ellátásig. Ehhez nem csak az egészségügy, de szociális szektor és az oktatás bevonása is szükséges. De még ez sem elegendő a munkavállaló réteg megszólításához! Az aktív korúak elérése munkahelyi egészségfejlesztés feladata lenne. Nagyobb figyelmet kellene erre a rétegre fordítani, hiszen az egészségben megélhető élet éveket náluk lehet eredményesen expandálni, de ez nem az egészségügy feladata. A feladat komplexitásával az Ottawai Kartában megfogalmazott irányok mentén kidolgozott „Svájci Modell az Eredmények Osztályozására Egészségfejlesztésben és Prevencióban” is foglalkozik. A modell szintén egy interszektoriális rendszerben gondolkodik. A tanulmány által megfogalmazott négy fő determináns: egészségfejlesztési intézkedések, egészséget befolyásoló tényezők, egészséget meghatározó tényezők, a lakosság egészségi állapota. A bevezetett intézkedések hatását pedig a megélhető életévek és minőségi életévek számának növekedésében, illet-

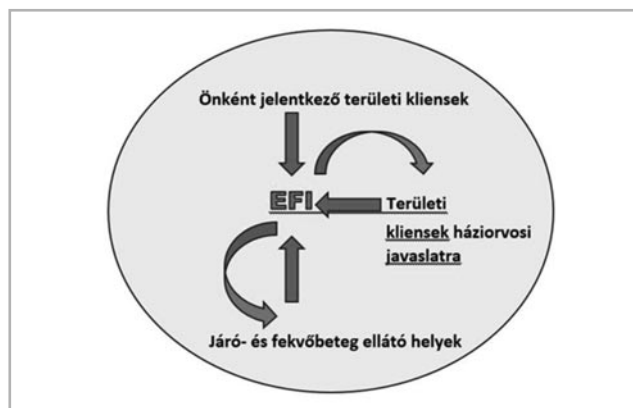
ve a csökkenő morbiditási és mortalitási adatok számában méri [9]. Jó alapja lehetne az irodák monitorozásának ez a módszertan.

	CV klub	idős klub	diabetes klub	étrendi tanácsadás	mentál higiéné/ szűrés krízis	addiktológiai tanácsadás	kisebbségi program	sport	
EFI - k végzett tevékenységei	28	9	27	41	34	44	35	3	33
%-os előfordulás	61%	20%	59%	89%	74%	96%	76%	7%	72%

2. táblázat  
Az irodák jellemző tevékenységeinek megoszlása 46 vizsgált iroda alapján



3. ábra  
Az EFI összefoglaló tevékenységi ábrája



4. ábra  
Lehetséges betegutak az irodákkal kapcsolatban

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészségfejlesztési irodák új szolgáltatóként jelentek meg 2013-ban, nem egészségügyi, hanem egészség-szolgáltatók. Ezt az irányt meg kell őrizniük, a népegészségügyi problémákat az egyénhez közel, a közösség szintjén kell a továbbiakban is kezelniük. A meglévő irodák működésének összehangolása elengedhetetlen, ezzel összehasonlíthatóvá válnak, így a legjobb gyakorlatok kiválasztásával a rendszert fejleszteni lehet. Jogszabályok által a létjogosultságukat és finanszírozásukat biztosítani kell, erre vonatkozó előzetes számításokat végzett Malbaski és Dózsa [10], mely szerint a már működő EFI-k minimális éves működtetési költsége 1,5-1,8 milliárd forintot tenne ki, míg az országos

kibővítés teljes éves költségvetési igénye a különféle optimista – pesszimista változatok szerint 4,1-6,9 milliárd Ft között alakulna, mely nagyságrendileg a jelenlegi E. Alap Gyógyító-megelőző ellátásainak 0,4-0,7%-át tenné ki. Az EFI-k bővítését és országos hálózattá formálását az elvesztett életek magas száma és a betegségteher gazdaságra és társadalomra nehezedő nyomása is messzemenőkéig alátámasztja. A fő feladat: (túl)medikalizálódás elkerülése, az egészségkultúra javítása, az egészségtudat kialakítása és erősítése. Meg kell határozni a folyamatban lévő egészségügyi fejlesztések elemzésének irányát azaz, hogy (salutogenic) pozitív aspektusból, vagy (patogenic) a betegségek jelenlétének szempontjából vizsgálódunk. [11] Ezzel a népegészségügyön belül, az irodák betöltött szerepét is meghatározhatjuk a jövőre nézve. A területi egyenlőtlenségeket az országos hálózat kialakítása oldhatja fel. A gyermekbetegségeit épp túlélő irodai lánc kapacitását és erősségeit fej-

leszteni érdemes, nem feltétlenül az újabb és újabb iroda- és szolgáltatástípusokban van az egészségfejlesztés innovációjának a forrása, hanem a konzekvensen végigvitt, hosszútávú egészségfejlesztési programokban, hogy milyen tartalommal leszünk képesek megtölteni az EFI-k hálózatát. Ezen programok monitorozásában, eredményeik értékelésében van a megoldás kulcsa, hogy egy szenzitív rendszer álljon a rendelkezésünkre, ami a felmerülő problémákra adekvát választ képes adni. A hálózat működésének eredményeként hosszútávon csökkenhetnek az egészségügyi kiadások, mind állami, mind intézményi, mind családi szinten, illetve átrendeződhetnek a betegségek korai fázisban történő kezelésére, súlyosabb állapotok elkerülésére. Ehhez az egészségfejlesztési stratégiai program kormányzati, sőt kormányokon átívelő támogatása szükséges, amelynek egyik nélkülözhetetlen eleme az irodák fenntartható finanszírozásának a kialakítása.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] TÁMOP 6.2.1/11/3 (<http://palyazat.gov.hu/doc/3341>)
- [2] KSH ([https://www.ksh.hu/egeszsegugy\\_baleset](https://www.ksh.hu/egeszsegugy_baleset))
- [3] <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm#indicator-chart>
- [4] <http://old.egeszseg.hu/egeszsegfejlesztesi-iroda-efi-terkep/> 2015. február 4.
- [5] [http://www.medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/900\\_millio\\_forintot\\_kapnak\\_jovore\\_az\\_egeszsegfejlesztesi\\_irodak](http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/900_millio_forintot_kapnak_jovore_az_egeszsegfejlesztesi_irodak) 2015. október 10.
- [6] <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok>, 2014. december 12.
- [7] [http://www.oefi.hu/dohanyzas\\_tarsadalmi\\_terhe\\_OEFI\\_2012.pdf](http://www.oefi.hu/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012.pdf)
- [8] Debreceni L, Máté Á: X. Jubileumi Regionális Egészségügyi Konferencia Megyei kezdeményezések hatása a térségi-megyei ellátásszervezésre, 2015. február 26., dunaujvárosi és sarkadi irodák beszámoló
- [9] Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta B: Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention, Oxford Journals, Health Promotion International (2008) 23 (1): 86-97. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/1/86.full#sec-3>
- [10] Dózsa Cs, Malbaski N: Hogyan tovább egészségfejlesztési irodák, azaz mennyi az annyi? IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2014, XII. Évfolyam 10. szám
- [11] Bauer G, Davies JK, Pelikan P: On behalf of the Euhpid Theory Working Group and The Euhpid Consortium Health Promotion International (2006) 21 (2): 153-159.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Remetehegyi Ildikó** 2011-ben szerzett népegészségügyi ellenőr diplomát a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán, majd egészségpolitikai szakértő képesítést az Eötvös Lóránd Tudomány Egyetemen.

Jelenleg az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Szolgáltatásszervezési Főosztályán dolgozik. Tudományos érdeklődés: demográfiai változások, népegészségtan, szolgáltatás szervezés, egészségfejlesztés, egészségmegőrzés.

**Dr. Dózsa Csaba** bemutatása lapunk XIV. évfolyamának 8. számában olvasható.