



*Oktatás, kutatás,
gyógyítás: 250 éve az
egészség szolgálatában*

Magyarország fogászati népegészségügyi állapota

a 21. század elején

Prof. Dr. Márton Krisztina
Egyetemi tanár

Bevezetés

- ↪ Szájbetegségek aránya és súlyossága területileg változatos eloszlású
- ↪ Szociális, viselkedési és környezeti faktorok
 - ↪ Rizikófaktorok:
 - szegényes életkörülmények, egészségtelen életmód, prevencióhoz való nehézkes hozzáférés
- ↪ Az életminőséget (táplálkozás, beszéd, esztétika, lelkiállapot) alapvetően befolyásolják a craniofacialis rendellenességek és a szájbetegségek

Petersen P. E. in Cynthia P. and Harris R. Community Oral Health. Quintessence Publishing Co. 2007. London. p:V.



Az egészség fogalma

- **Egészség: WHO 1948.**
 - Az egészség az egyén teljes fizikai, mentális és szociális jólétét jelenti, amely azonban nem azonosítható a betegség vagy gyengeség hiányával
 - **Lalonde-(Kanadai Miniszter) jelentés 1974. - WHO 1977-ben elfogadta programnak**
 - Az egészség 4 fő determinánsa:
 - Biológiai faktorok, Egészségügyi szervezet,
 - Személyes magatartásformák és életstílus, Környezet
- Krónikus betegségek esetében a fő etiológiai faktorok az utóbbi 3-hoz köthetők, de az egészségügyi költségek nagyrésze mégis a gyógyításra ment, **ahelyett, hogy a megelőzésre költötték volna! Az egészség megőrzését az egyén szintjén kell kezdeni!**

• **Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1974. WHO Global strategy for all by the year of 2000. Geneva: WHO, 1981*



A népegészségügy történeti alakulása Európában és Észak- Amerikában

- **Elsőfázis (1840-1900)**
- John Snow 1854
 - a londoni kolerajárvány idején feltérképezte 500 személy elhalálozási helyét, akik a járvány tíz napja alatt haltak meg a betegségben
 - iparosodás és városiasodás időszaka, amely hamar túlnépesedéshez, szegényes berendezkedéshez és a szegény lakosság reménytelen életkörülményeihez vezetett
 - A járványok megfékezésének a kulcs faktora tehát a lakhatási körülmények fejlődése és a tiszta vízhez való hozzáférés volt
- **Második fázis (1880-1930)**
 - a mikrobiológia és a virológia rapid fejlődésével jellemezhető
- **Harmadik fázis (1930-1974)**
 - a közegészségügyről a figyelem a kórházak szolgálati körülményeinek javítására és a különféle betegségek terápiájának a fejlesztésére koncentrált



A népegészségügy történeti alakulása Európában és Észak-Amerikában



Negyedik fázis (1974-)

- ↳ Lalonde* jelentés (Kanada): a krónikus betegségeket illetően a fő etiológiai faktorok a biológiai adottságok mellett az életmód és a környezet.
- ↳ Az egészségügy költségeit a terápiára és nem az etiológiai faktorok kiküszöbölésére, azaz a megelőzésre fordították
- ↳ WHO 1977**-ben elfogadta programnak
- ↳ Black 1980***: szociális-gazdasági tényezők akadályozó szerepe az egészségesebb választásban
- ↳ 2004. Wanless**** (London, UK): a környezeti faktorok befolyásának kontrollja elengedhetetlenül szükséges a krónikus betegségek hatásos visszaszorításához, ugyanakkor rendkívül lényeges az egészségmegőrzés

•*Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1974.

•**WHO *Global strategy for all by the year of 2000*. Geneva: WHO, 1981

•***Black Report. *Inequalities in health, Report of a Research Group*. London:DHSS, 1980

•****Wanless D. *Securing Good Health for the Whole Population*. London: HM Treasury. Crown Copyright, 2004.



Népegészségügy

- Acheson jelentés 1988:
 - „az egyénnek, a társadalomnak, a privát szektornak és az államnak befolyása van az egészségre”
- A betegségek társadalmilag szervezett megelőzésének, az egészség fenntartásának és az élet meghosszabbításának a kutatásával és módszereivel foglalkozó tudományág

Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. The Stationery Office. 1988. London



A népegészségügy jelenlegi célja, politikai szerepe

↳ A modern intézményesített népegészségügyi szemlélet szükségszerűen preventív szemlélet, amely magába foglalja a különböző betegségek rizikófaktorainak meghatározását és eliminálását társadalmi keretek között



„Közegészségügyünk első apostola”

- **Fodor József 1843-1901,**
- 1874-ben a Pesti Orvoskar Közegészségtani Tanszékén megszervezte a fiatal tudományág oktatási programját, az intézet munkarendjét.
- Kezdeményezte az Iskolaorvosi Hálózat megteremtését,
- Hozzájárult a mikrobiológiai-immunológiai alapokra helyezett közegészségtan tudományának nemzetközi elismertetéséhez és fejlesztéséhez, megnyitotta az immunológiai kutatás kapuit.
- 1885-ben Markusovszky Lajossal alapítója volt az Országos Közegészségügyi Egyesületnek.
- Kutatásaival, előadásaival nagyban segítette a Főváros vízellátásának és csatornázásának korszerű megoldását.
- 1883-ban levelező, 1885-ben rendes tagjává választotta a Magyar Tudományos Akadémia, díszdoktorává avatta a Cambridge-i Tudományegyetem



Fogászati népegészségügy (Downer et al 1994, Gallagher 2005)

- A fogorvosi népegészségügy a szájbetegségek társadalmilag szervezett megelőzésével, az orális egészség fenntartásának és az ezzel összefüggő életminőség javításának a kutatásával és módszereivel foglalkozó tudományág

Downer M C, Gelbier S, Gibbons D E and Gallagher J E) Introduction to Dental Public Health; FDI World Dental Press 1994. London



A (fogászati)népegészségügy jelenlegi célja, politikai szerepe

- ↪ A modern intézményesített népegészségügyi szemlélet szükségszerűen preventív szemlélet, amely magába foglalja a különböző betegségek rizikófaktorainak meghatározását és eliminálását társadalmi keretek között



**A fogorvosi
népegészségügy kiemelt
feladatai**

a szájüregi rák

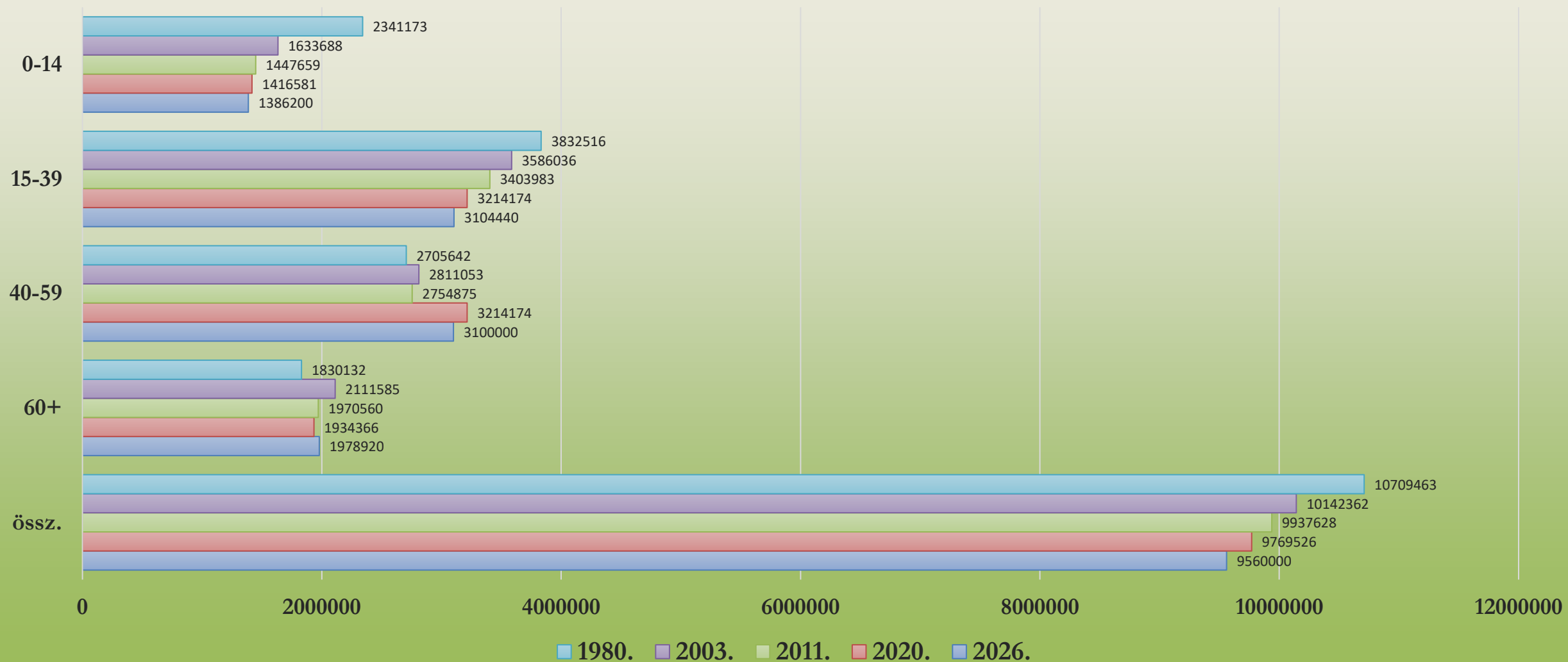
a caries

a parodontális megbetegedések

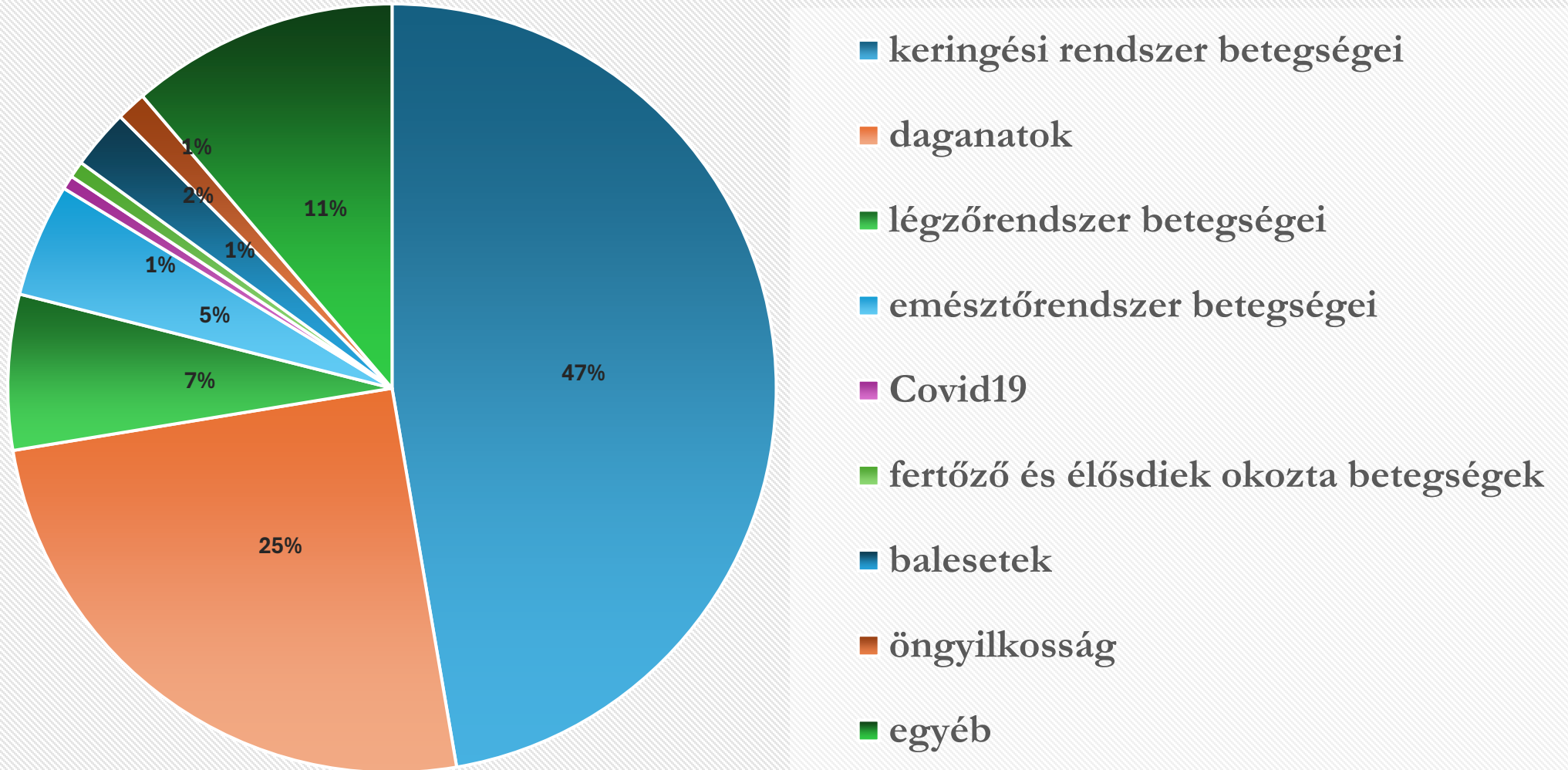
**megelőzése társadalmi és személyre
szabott keretek között**



A magyar lakosság kor szerinti megoszlása 1980 és 2026 között



Halálokok Magyarországon 2024 (n=127470)



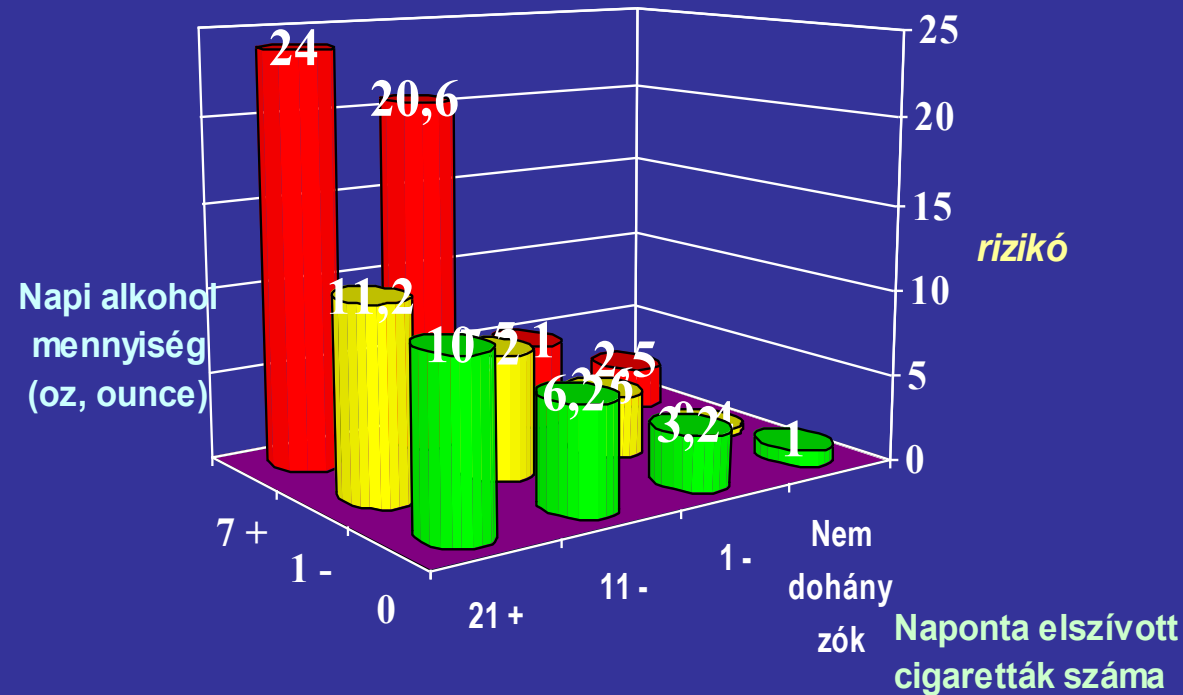
Az életkorhoz viszonyított szájüregi daganatos halálozási adatok alapján 46 ország közül az első öt (1998)

Ország	Férfiak (rangsor)	Nők (rangsor)
Magyarország	18,5 (1)	2,4 (1)
Franciaország	12,0 (2)	1,3 (7)
Horvátország	11,7 (3)	1,1 (17)
Szlovénia	11,2 (4)	0,9 (3-4)
Románia	11,1 (5)	1,0 (24)

Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1998. CA Cancer J Clin. 1998;48(1):6-29.).



Az alkohol fogyasztás és a dohányzás befolyása a szájüregi rák alakulására



Blot et al. 1998



Per capita cigaretta fogyasztás.

Az első öt ország 111 közül (1990-1992)

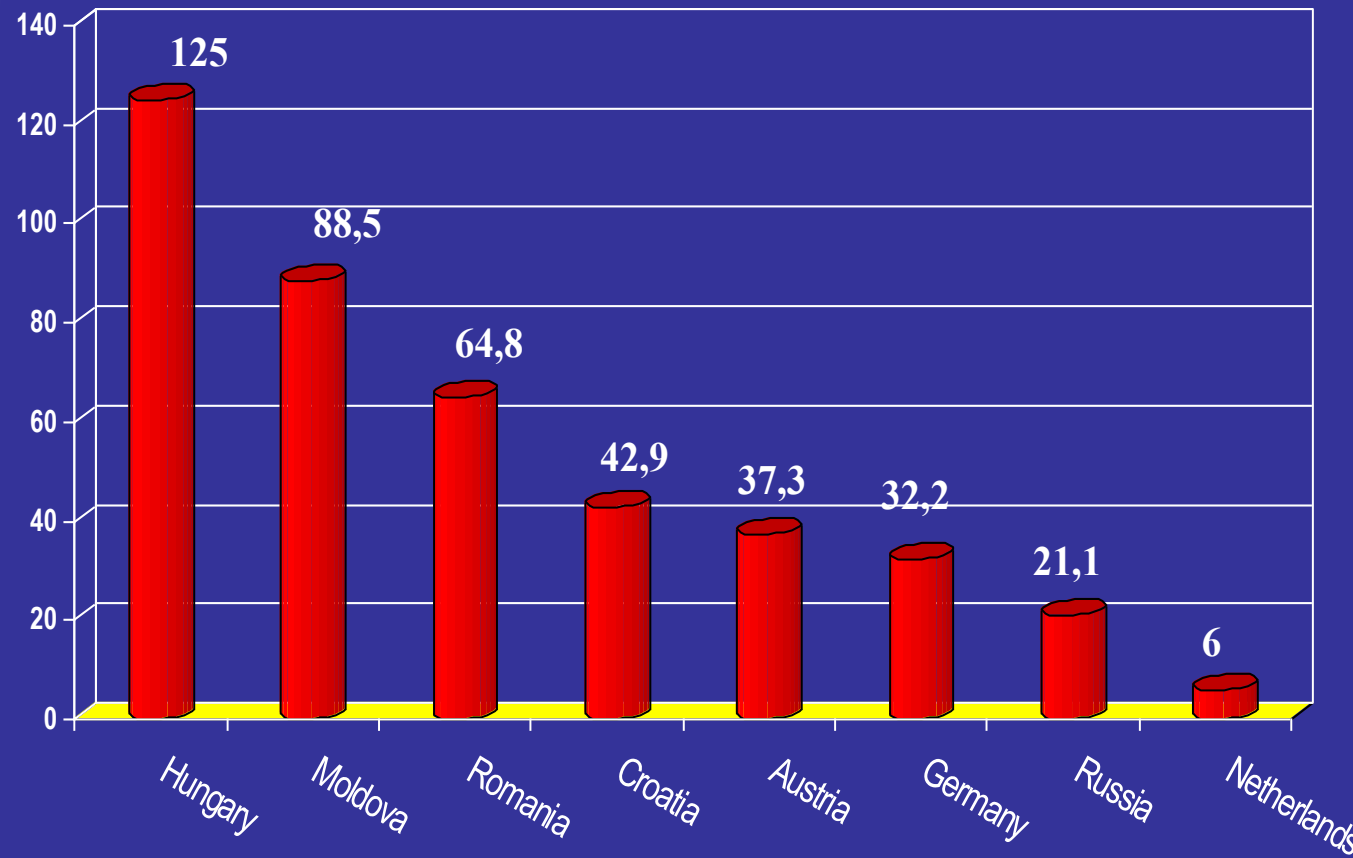
	1970-72	1980-82	1990-92	Rank
Lengyelország	3.010	3.400	3.620	1
Görögország	2.640	3.440	3.590	2
Magyarország	2.940	3.320	3.260	3
Japán	2.950	3.430	3.240	4
Dél-Korea	2.370	2.750	3.010	5

WHO 1998.



A legnagyobb májcirrhosis miatti mortalitás Európában (2001)

Férfiak / 100 000



Kopp és Csoboth 2001

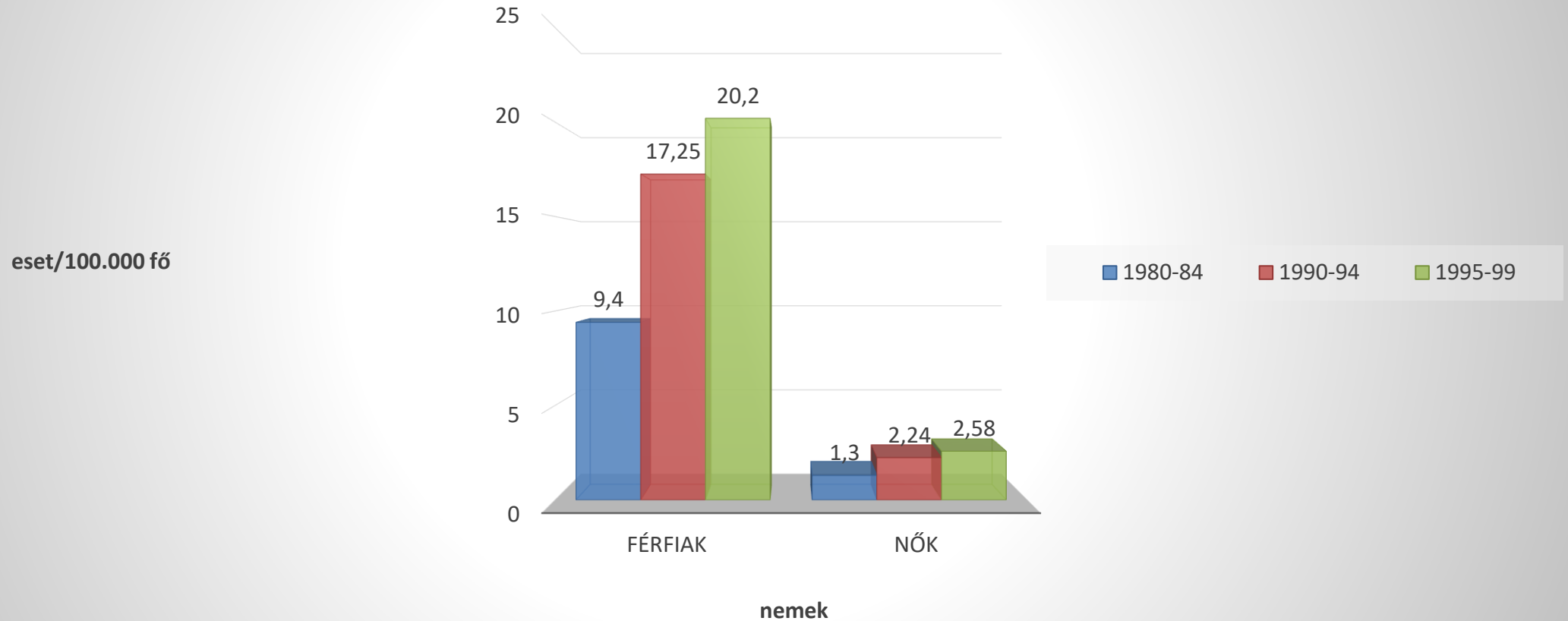


Következtetés

- A szájüregi rák dohányzás- és/vagy alkohol indukálta betegség
- A két tényező együttes hatása nem összeadódik, hanem többszöröződik
- A dohányzással kapcsolatos epidemiológiai adatok rosszabbak voltak a Közép-európai országokban Európa más országaihoz viszonyítva
- Ezekben az országokban a legmagasabb az oro-pharyngealis rákbetegség előfordulási és halálozási aránya Európában

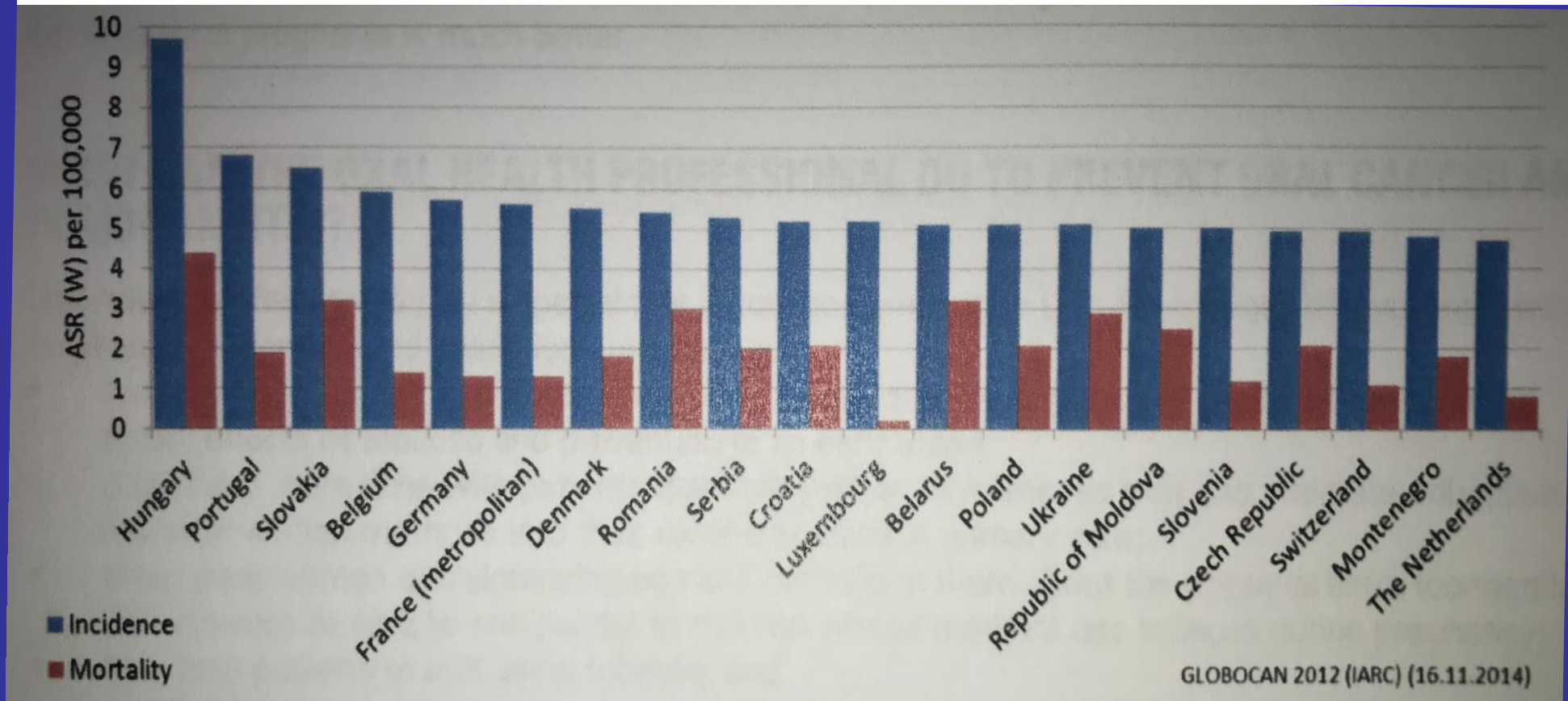


A szájüregi rák okozta halálozás Magyarországon



1980. és 1999. között mind a férfiak, mind a nők tekintetében megduplázódott a szájüregi daganatos betegségekben elhunytak száma. Az adatok alapján hazánk Európában mindkét nem tekintetében továbbra is első ebben a szomorú mutatóban

Életkorhoz viszonyított szájüregi rák előfordulási arányok és halálozások mindkét nem esetében Európa néhány országában 2012-ben



FACTSHEET. Age-standardized rates (ASR (W)) of oral cancer incidence and mortality for both sexes in selected European countries, 2012. Tobacco and oral health. WHO 2012



Semmelweis Egyetem
<http://semmelweis.hu/>

Magyarország fogászati népegészségügyi
állapota a 21. század elején

Márton Krisztina

Az orális paraméterek vizsgálatához használt index számok (WHO Oral Health Surveys, 5-th ed, 2013)

- **Cariológiai státusz**
 - DMF-T vagy DMF-S, caries incidencia, caries frekvencia
- **Parodontális státusz**
 - CPITN index, maximum CPI-score, módosított CPI
- **Nyálkahártya állapota**
 - Nyálkahártya léziók meghatározása és osztályozása
- **Okklúziós anomáliák**
 - Malokklúzió foka



A cariesben megbetegedett fogak regisztrálására a DMF-mérőszám alkalmazása terjedt el nemzetközi viszonylatban

Cariesben megbetegedettnek tekinthetjük a szuvas (**D** = *decayed*), a tömött (**F** = *filled*) és a hiányzó (**M** = *missing*) fogakat, illetve felszíneket. Egyénre vonatkoztatva ezek összegét **DMF-számnak**, csoportok vizsgálatakor osztva a DMF-számok összegét a vizsgált egyének számával **DMF-indexnek** nevezzük. A DMF-index segítségével fejezzük ki adott népességben a *cariesprevalenciát*, ill. a *cariesintenzitást*, mely a fogazat megbetegedésének súlyosságát jelzi. Ha a cariesben megbetegedett fogak számát vesszük figyelembe, **DMF-T-indexnek** (T = *tooth*), ha a fogfelszínek szerint kívánunk értékelni, **DMF-S-indexnek** (S = *surface*) nevezzük. Az utóbbi pontosabb felvilágosítást ad a fogazat állapotáról és megismételt vizsgálatok esetén az idő függvényében bekövetkező változásokról. (DMF-T: min. 0, max. 28 vagy 32; DMF-S: min. 0, max. 118 (28) vagy 128 (32)).

A tejfogazatban a *df*- és *def-index* használatos, az utóbbiban az „e” komponens az extractióra indikált fogakat jelzi. A tejfogak kihullása, ill. a fogváltással kapcsolatos változások miatt ugyanis a hiányzó tejfogak carieses érintettségének megítélése lehetetlen. A tejfogazat indexeinek is két formája van: a *df-t*, ill. a *def-t* és a *df-s*-, ill. a *def-s-index* használatos aszerint, hogy a fogak vagy fogfelszínek szerint vizsgálunk. Mivel az „e” súlyos léziót jelöl, és nincs éles határ a „d” és „e” között, helyesebb a *df-indexet* használni.



A CPITN-index (community periodontal index of treatment needs) a fogágy állapotának felmérésére populációs szinten

Felvételéhez speciális parodontális tasakmérő szonda használatos: 0,5 mm átmérőjű gömbben végződik, az első csík a szondán a gömbtől mért 3,5–5,5 mm-ig húzódik. Az index felvétele történhet minden fog mentén vagy nagyobb epidemiológiai vizsgálatokban csak a reprezentatív fogak körül (17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47 fogak). Az index felvételekor a fogsort sextánsokra osztjuk, és sextánsenként regisztráljuk az íny állapotát, a fogkövek jelenlétét, ill. a tasakmélységet.

0: Teljesen egészséges a parodontium az adott sextánsban. Nincs tennivaló;

1: Az adott sextánsban nincs sem tasak, sem plakkretenciós tényező, de szondázáskor vérzést észlelünk. *A szükséges kezelés:* a szájhygiéne javítása;

2: Az adott sextánsban nincs 3 mm-nél mélyebb tasak (a szonda fekete jelzése teljes egészében látható), de vannak plakkretenciós tényezők (fog-kő, túlérő tömés stb.). *A szükséges kezelés:* depurálás, a plakkretenciós tényezők eliminálása és a szájhygiéne javítása;

3: Az adott sextánsban a maximális tasakmélység nem haladja meg a 4-5 mm-t, azaz a szonda fekete csíkja még látható. *A szükséges kezelés:* supra- és subgingivális depurálás, a plakkretenciós tényezők eliminálása és a szájhygiéne javítása;

4: Az adott sextánsban a maximális tasakmélység meghaladja az 5,5 mm-t, azaz a szonda fekete csíkja teljesen eltűnik a tasakban. *A szükséges kezelés:* a sextánsban már komplex parodontális kezelés indikált, és a beteget lehetőleg specialistához kell utalni.

Sextánsenként csak a legmagasabb kódértéket regisztráljuk. Magasabb kódérték esetén mindig el kell végezni az alacsonyabb kódértékhez tartozó kezeléseket is. A CPITN-index azt jelöli, hogy a vizsgált populációban milyen arányban és hány sextánsban van szükség különböző parodontális kezelésekre. Mivel minden sextáns külön elbírálást igényel, az egyes kódértékek nem adhatók össze és átlag sem számolható belőlük.

Az Egészségügyi Világszervezet a szájüregi egészséggel kapcsolatosan céljai a 2000. évre

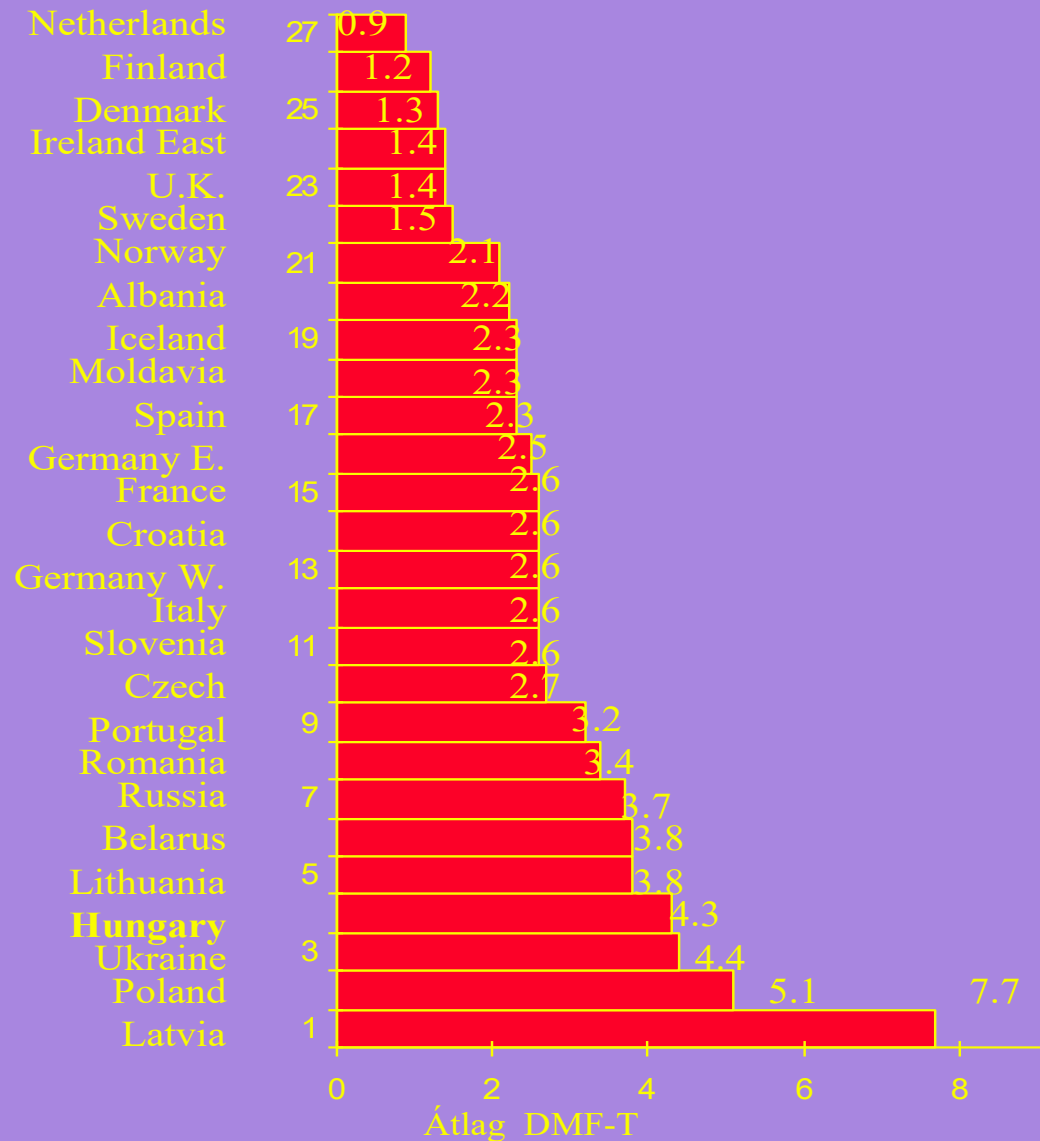
- Az 5-6 éves gyermekek 50%-a cariesmentes legyen.
- Világszerte a 12 éveseknek ne legyen több, mint 3 DMF-foga, azaz maximum három szuvas vagy tömött vagy hiányzó foga.
- A populáció 85%-ának 18 éves korában legyen meg minden maradó foga.
- 50%-os csökkenés a teljes fogatlanságot illetően a 35-44 évesek körében
- 25%-os csökkenés a teljes fogatlanságot illetően a 65 év felettiek körében

Global goals for oral health in the year 2000. FDI . Int Dent J 1982 ; 32: 74-77.

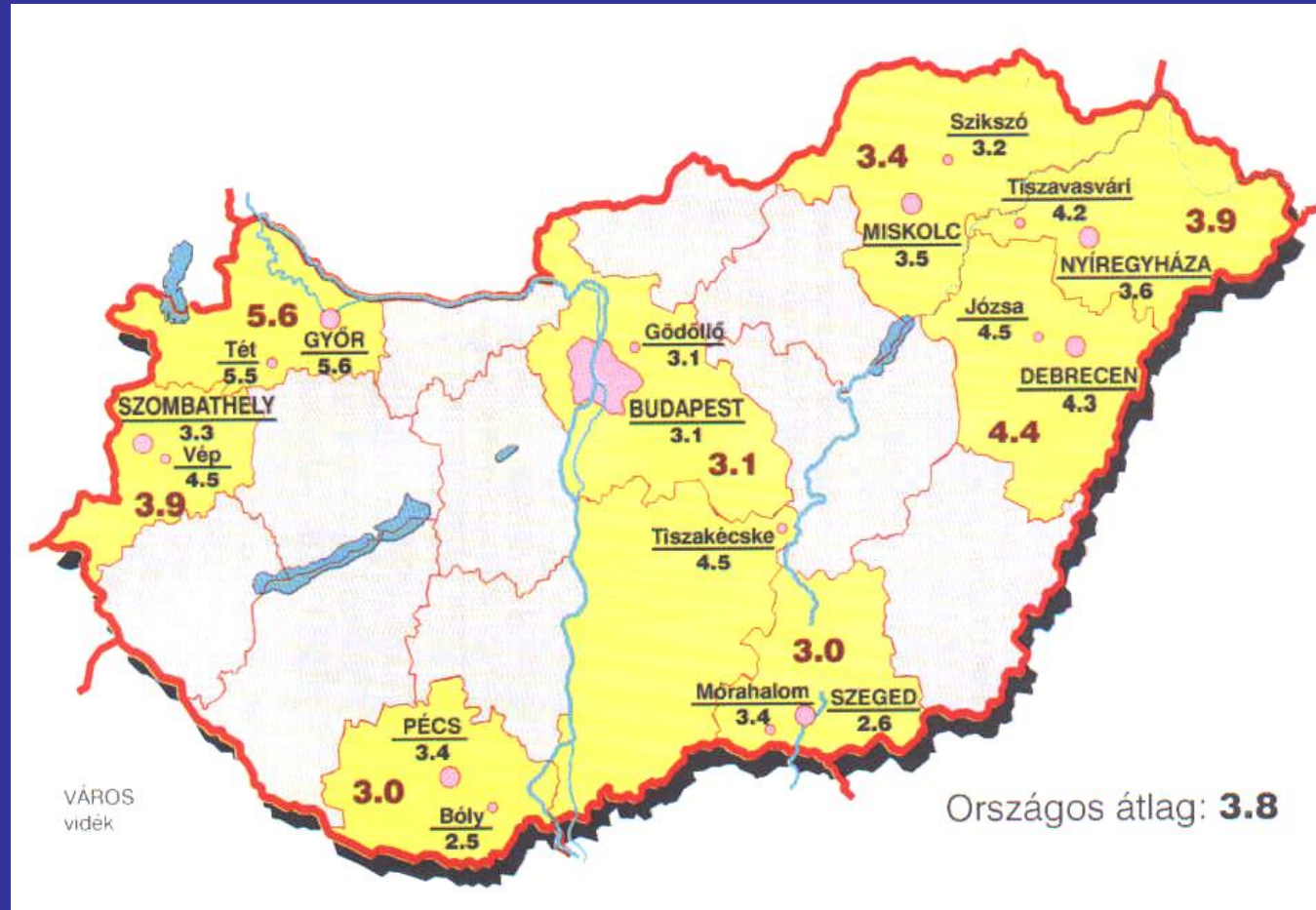


DMF-T a 12 évesek körében 1991 és 1994 között Európában

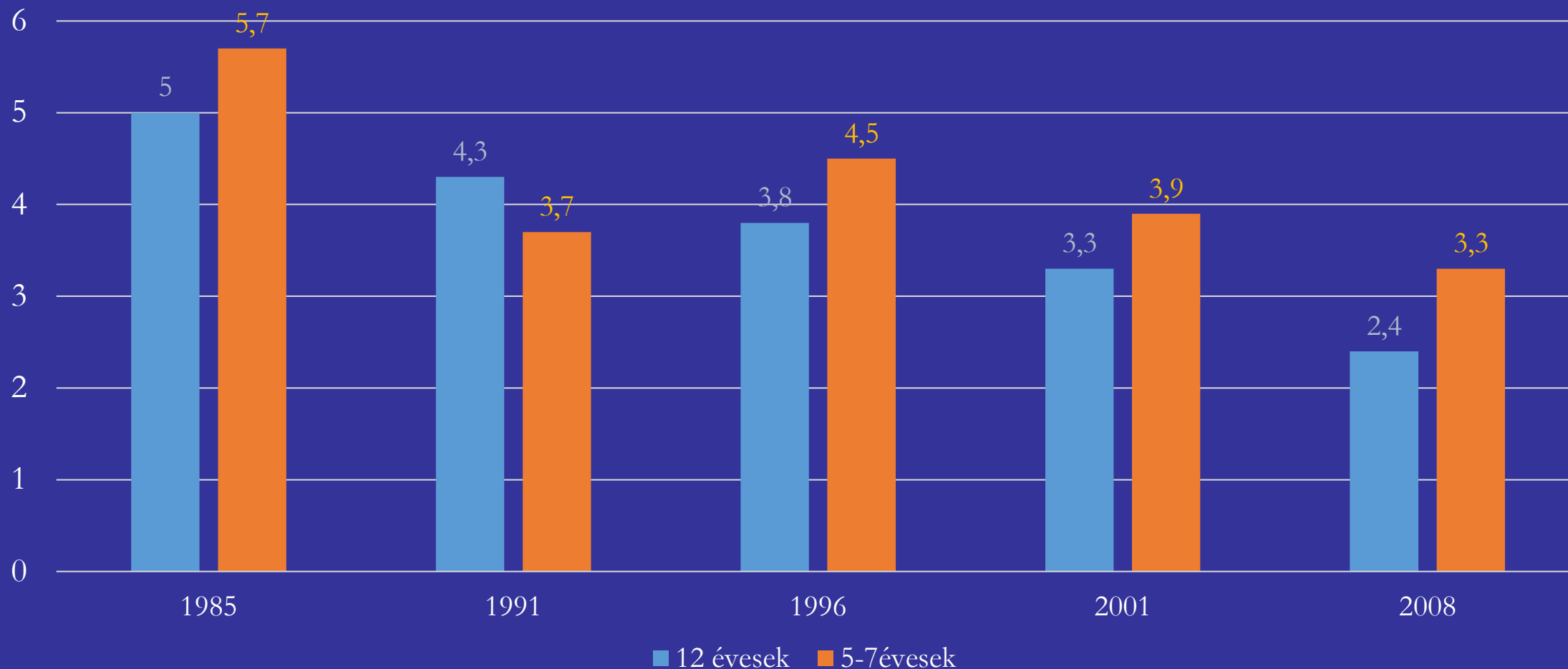
Marthaler TM, O'Mullane DM, Vrbic V. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. ORCA Saturday afternoon symposium 1995. Caries Res. 1996;30:237-55.



DMF-T értékek a 12 éves korcsoportban Magyarországon
(Átlag: 3,8; a *WHO* cél 3 volt)



A DMF-T és dmf-t értékek csökkenése 12 évesek és 5-6 évesek esetében Magyarországon (1985-2008) a preventív eszközök alkalmazását követően



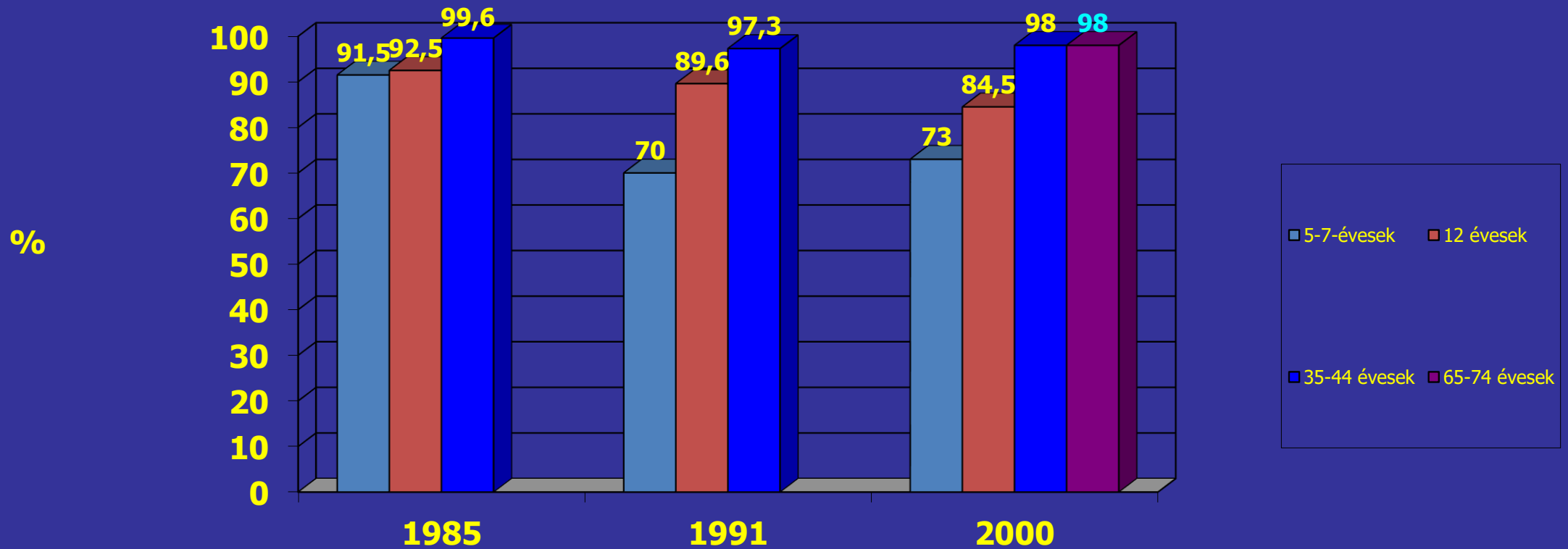
1. Szőke J, Petersen PE.. Evidence for dental caries decline among children in an East European country (Hungary). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;155-60.

2. WHO <https://capp.mau.se/country-areas/hungary/> accessed 09.09.2020.



A caries frekvencia (carieses személyek aránya) értékei Magyarországon a különböző korosztályokban

A WHO globális célja az volt, hogy a gyermekek 50%-a caries mentes legyen



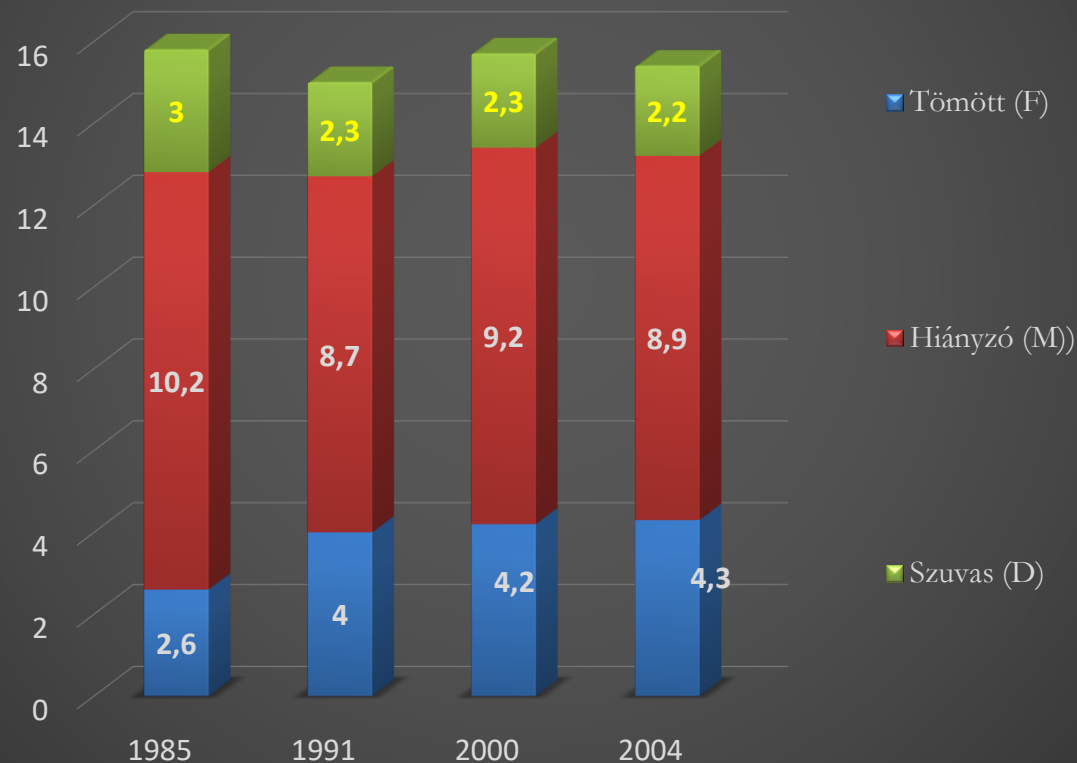
Szöke J, Petersen.PE. A hazai felnőtt- és időskorú lakosság orális egészségi állapota az ezred fordulón. Fogorvosi Szemle. 97(6):219-29, 2004

Szöke J, Petersen PE.. A gyermekpopuláció orális egészsége. I. Hazai helyzetkép a WHO Orális Adatbank számára 1996-ban végzett epidemiológiai vizsgálatok alapján. Fogorvosi Szemle. 91(10):305-14, 1998

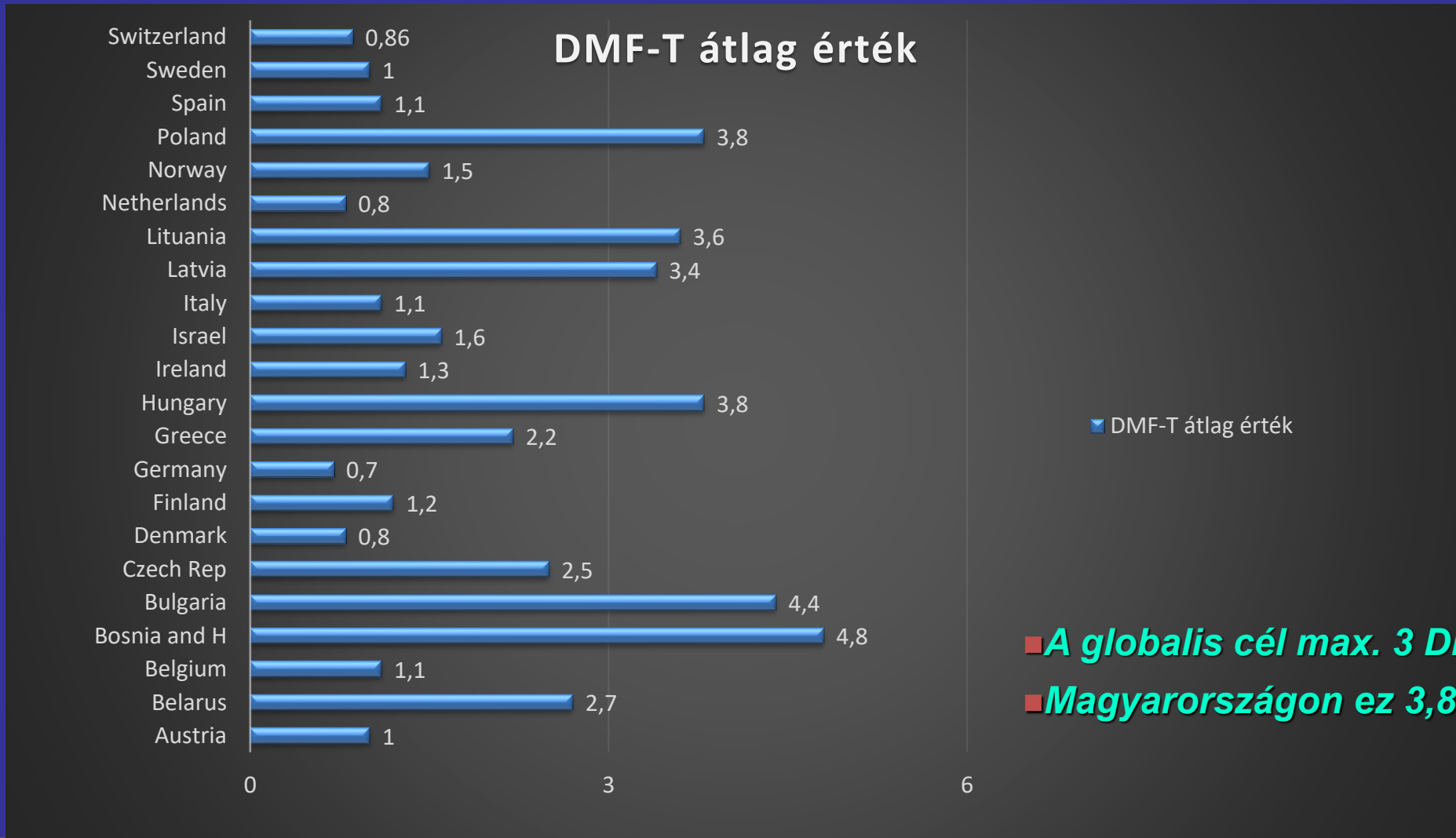


A szuvas, tömött és hiányzó fogak alakulása a 35-44 éves korosztályban 1985. és 2004. között

DMF-T



DMF-T átlagértékek Európában a 12 éves korosztályban 2000 és 2005 között a WHO adatai alapján



■ **A globalis cél max. 3 DMF fog volt,**

■ **Magyarországon ez 3,8 volt**



A maradék fogak aránya a különböző korosztályokban Magyarországon (2003-2004)(a vizsgált személyek %-ában)

<i>Fogak száma %</i>	<i>≤19</i>	<i>20–34</i>	<i>35–44</i>	<i>45–64</i>	<i>65–74</i>	<i>75≤</i>
21 vagy több fog	95.0%	86.3%	73.1%	43.9%	22.6%	9.7%
Kevesebb, mint 21 fog	0.6%	7.9%	18.1%	23.8%	17.9%	13.7%
Kevesebb, mint 15 fog	4.4%	5.2%	6.9%	26.1%	39.7%	37.9%
Fogatlan	0.0%	0.6%	1.9%	6.2%	19.8%	38.7%

A maradékfogak megoszlása a különböző korosztályokban. Az utolsó két kategóriában a 35–44 éves korosztályban és a 65–74 éves korosztályban kifejezett növekedés tapasztalható (Madléna et al. 2009)



A magyar lakosság maximum CPI értékei a vizsgált egyének %-ában 1985-ben, 1991-ben, 1996-ban, 2000-ben és 2003-ban

CPITN score	12-éves	12-éves	12-éves	35-44- éves	35-44- éves	35-44- éves	35-44- éves
%	1985	1991	1996	1985	1991	2000	2003
Mély tasak CPITN 4	0,10	0,00	0,00	8,00	2,30	3,00	5,50
3-5mm tasak CPITN 3	4,10	0,00	0,00	26,40	15,40	22,30	21,70
fogkő CPITN 2	30,90	30,10	32,30	50,80	71,30	61,70	56,70
Inicialis gingivitis CPITN 1	38,50	30,80	39,70	7,60	6,80	8,50	5,30
egészséges CPITN 0	26,20	39,10	28,00	5,00	4,30	4,50	10,60

Czukur J. National Oral Health Pathfinder surveys in Hungary in the years 1985 and 1991. Fogorv. Szle 1994; 87:223-235

Szőke J, Petersen PE. Oral health of children- National situation based on the recent epidemiological surveys Fogorv. Szle 1998; 91:305-314.

Szőke J, Petersen PE. Oral health status of adults and the elderly in Hungary. Fogorv. Szle 2004; 97:219-229

Hermann et al. J of Periodontology.2009.

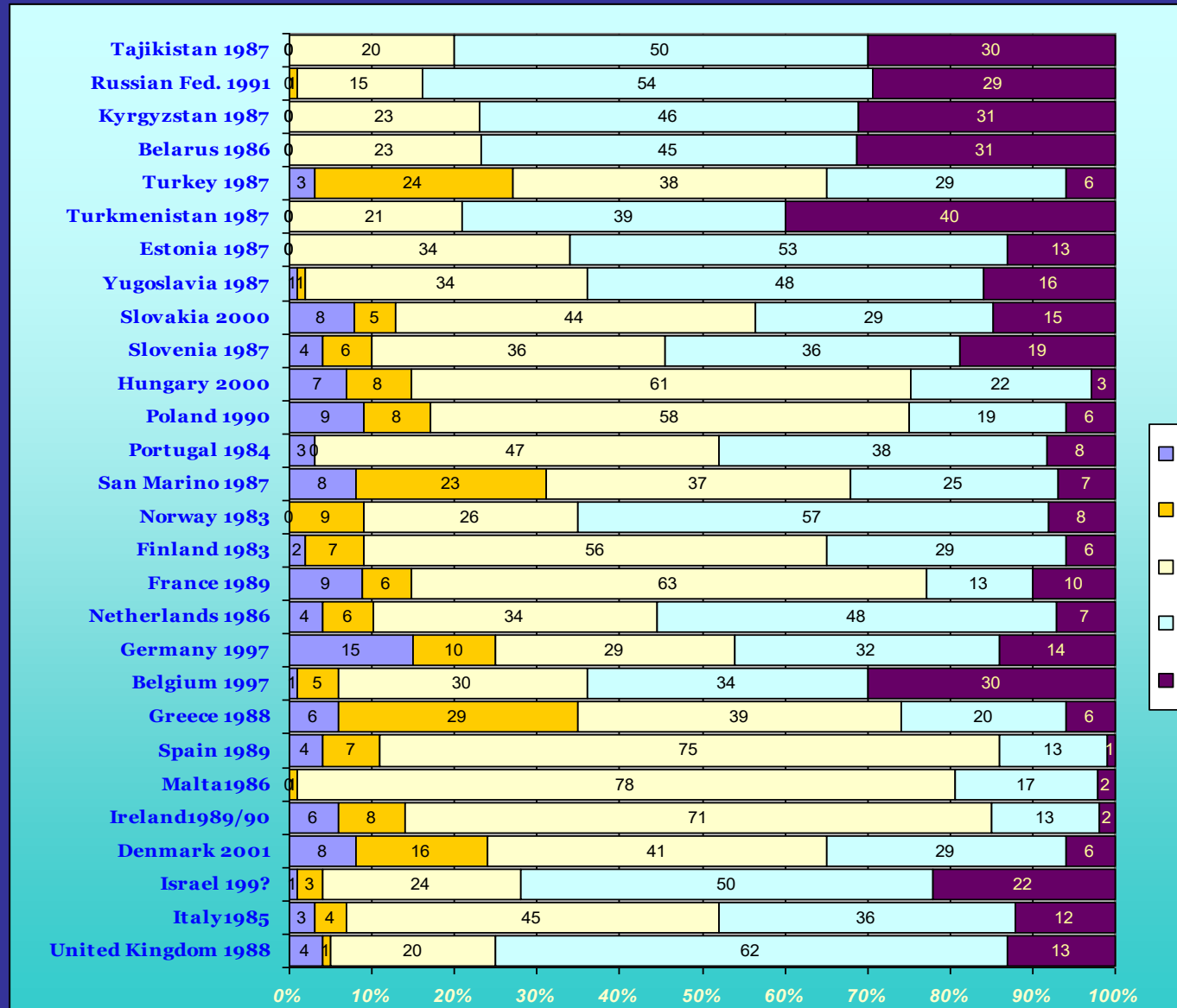


Semmelweis Egyetem
<http://semmelweis.hu/>

Magyarország fogászati népegészségügyi
állapota a 21. század elején

Márton Krisztina

Maximum CPI-értékek Európában a 35-44 éves korosztályban (%)



0: egészséges
 1: gingivitis
 2: fogkő
 3: 3-4 mm tasak
 4: destruktív
 parodontitis

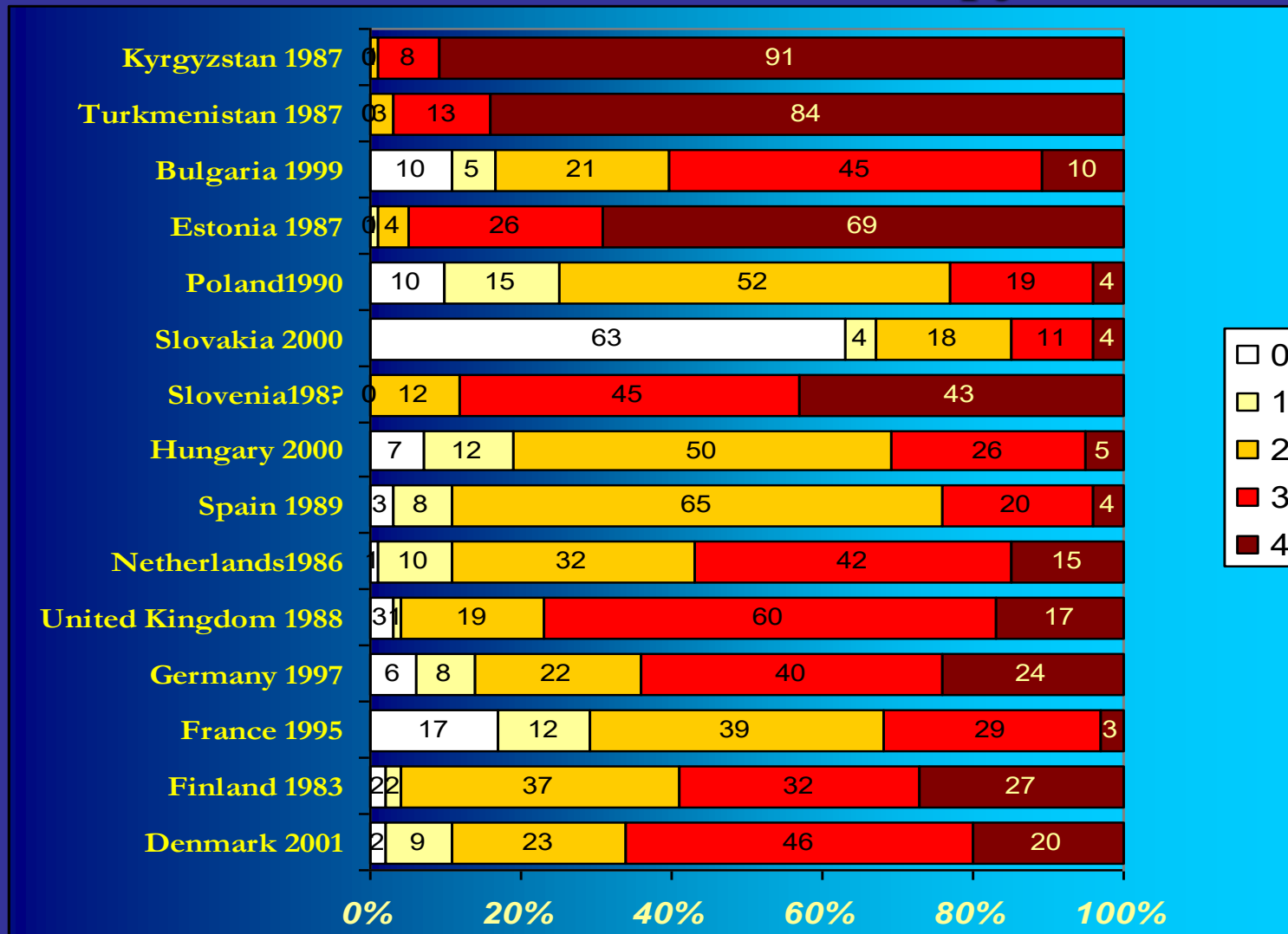


A különböző korcsoportok parodontális állapota Magyarországon 2004-ben

Korcsoport	N	Legmagasabb CPI érték a személyek %-ában				
(év)		CPI-0 ép parodontium	CPI-1 gingivitis	CPI-2 calculus	CPI-3 3-4 mm tasak	CPI-4 mély tasak
<20	151,00	36,40	18,50	35,10	9,90	0,00
20–34	982,00	22,20	10,20	51,10	15,30	1,20
35–44	743,00	10,60	5,30	56,70	21,90	5,50
45–64	1753,00	6,90	6,90	47,20	27,70	11,30
65–74	408,00	6,90	10,10	45,80	26,20	11,00
>=75	116,00	10,30	10,30	37,10	32,80	9,50
A magyar felnőtt lakosság megoszlása a maximum CPI-értékek alapján korcsoportonként						



Maximum CPI-értékek az európai 65-74 éves korosztályban a WHO adatbank alapján



0: egészséges

1: gingivitis

2: fogkő

3: 3-4 mm
tasak

4: destruktív
parodontitis



Globális célok 2020-ra (FDI, WHO és IADR)

Nem konkrét számokat tartalmaz, hanem egy keretet ad az egyes nemzetekben megvalósítható egészségügyi tervezéshez

Az orális- és a craniofacialis eredetű megbetegedések befolyásának csökkentése az egészségre és a pszichoszociális fejlődésre, hangsúlyt helyezve az orális egészség fenntartására.

Az orális eredetű betegségek számának csökkentése azokban a populációkban, ahol ezek a legnagyobb terhet róják a társadalomra

A szisztémás betegségek orális és craniofacialis manifesztációinak a visszaszorítása, illetve ezen tünetek alkalmazása a szisztémás betegségek korai diagnózisában.

Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J. 2003; 53: 285-8.



Globális célok 2020-

Kijelölt célok a **fogszuvasodást** illetően:

- a cariesmentes gyermekek arányának növelése a 6-éves korosztályban
- a DMF-T, különösen a D-komponens (szuvasodások száma) csökkentése a 12-éves korosztályban
- a caries miatt eltávolítandó fogak számának csökkentése

Kijelölt célok a **parodontális állapotot** illetően:

- a parodontitis miatt eltávolítandó fogak számának csökkentése
- az aktív parodontális fertőzések prevalenciájának csökkentése
- a necrotizáló parodontális betegségek prevalenciájának csökkentése
- az egészséges parodontiummal rendelkező egyének számának növelése minden korosztályban

Kijelölt célok a **fog elvesztést** illetően:

- a teljesen fogatlan egyének számának csökkentése
- a maradék fogak számának növelése
- növelni azoknak a számát akik funkcióképes saját fogazattal rendelkeznek (azaz, több, mint 21 saját foguk van)



Egészségtudatosság.

Szájüregi egészségtudatosság

Populációs szinten:

A (szájüregi) betegségek oki tényezőinek ismerete, tudatos magatartás:

a(z) (szájüregi) egészség fenntartásával kapcsolatos szokások és magatartásformák kialakítása.

Kiemelkedően fontos (a szájüregi) egészség megőrzése szempontjából!

A fogszuvasodás teljes mértékben, a szájüregi rák és a fogágybetegség jelentős hányada megelőzhető betegségek!



Szájüregi egészségtudatosság és viselkedési jellemzők a magyar fogászati betegek körében

Az ADVOCATE –Európai Uniós tanulmány adatainak elemzése alapján

Magyar páciensek jelentősen kevesebb információval rendelkeznek aktuális ellátásuk finanszírozásáról, cariológiai és a parodontális vizsgálatokról,

Ugyanakkor szájüregi nyálkahártya és rákszűrés tekintetében tájékozottabbak, mint az európai átlag.

A kívánatos szájüregi egészségmegtartó magatartás (fogmosási gyakoriság, fluoridos fogkrém használat, interdentális tisztítás) és a dohányzás tekintetében Magyarország jelentősen alul marad

míg alkoholfogyasztás tekintetében jobb eredményt,

cukorfogyasztásban hasonló értékeket mutat, mint az európai átlag.



Következtetések

Magyarország az orális epidemiológiai mutatók tekintetében változatos képet mutat. A legutóbbi adatok (ADVOCATE- Horizon 2020) szerint a fogászati kezelést igénybe vevők egészségtudatos magatartása egyes paraméterek tekintetében hasonló szinten van az európai átlaggal, egyes tényezők azonban szignifikánsan alulmaradnak.

**A magyar fogászati beteg egészségnevelése több támogatást és
figyelmet igényel!**



Köszönöm a figyelmet!



Az aktív fogászati személyzet létszáma Magyarországon

<i>Kategória</i>	<i>Teljes létszám</i>	<i>1 fogorvosra jutó lakosok száma</i>
Fogorvosok	5936 (2015)	1645
Dentál higiénikusok	1000 (2013)	
Fogászati asszisztensek	4668 (2013)	
Fogtechnikusok	3000 (2013)	

Forrás: Magyar Fogorvosok Egyesülete, WHO



FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All

„Timely report that offers a comprehensive, inter-disciplinary roadmap on how to impact health policies and tackle challenges to improve oral health and reduce oral health inequalities over the next decade.

Vision 2030 recommends strategies to address the oral disease burden that communities can adapt to their own needs and circumstances, enabling them to implement relevant solutions. The report also considers how broad societal shifts, such as ageing populations, will require the oral health workforce to adapt and remain equipped to deliver consistent care. „

Geneva, 18 January 2021—Coinciding with the 148th session of the World Health Organization Executive Board, where an oral health resolution is on the agenda for adoption by governments, FDI releases



Konklúzió

- ⇒ Magyarország az orális epidemiológiai mutatók tekintetében változatos képet mutat.
- ⇒ A szakmai szervezeti háttér adott
- ⇒ A társadalom és a politika feladata az egészség megőrzésére irányuló kedvező magatartási formák propagálása és előnyben részesítése megfelelő törvényi és anyagi eszközök segítségével
- ⇒ A kutatási eredmények mellett csakis a társadalmi eszközök helyes alkalmazásával viaszoríthatók a kedvezőtlen orális epidemiológiai paraméterek.