

Pécs 2025

**Közegészségügyi válasz és reziliencia
válsághelyzetek alatt: politikai elemzés a
szíriai menekültválság kapcsán**

Matteo Dembech doktori értekezése

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar

Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola (D94)

Orvosi Népegészségtani Intézet — Migráció-egészségügyi

Tanszék

Témavezető: Prof. Dr. Szilárd István, címzetes egyetemi tanár

A doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Bogár Lajos, egyetemi tanár

(MTA doktora – DSc)

Programvezető: Prof. Dr. Kiss István, egyetemi tanár, Orvosi

Népegészségtani Intézet



DCHCMPHs, Pécs 2025

1. Bevezetés

A szíriai menekültválság hatalmas terhet rótt a szomszédos országok egészségügyi rendszereire, kihívásokat és lehetőségeket egyaránt teremtve az egészségpolitika és humanitárius intézkedések értékelésében. Jelen disszertáció azt vizsgálja, hogyan reagáltak Egyiptom, Irak, Jordánia, Libanon és Törökország az egészségügyi rendszerükkel a szíriai menekültáradatra, külön fókuszban a migránsérzékeny gyakorlatok integrálásával és az egészségügyi vészhelyzetek kezelésének kapacitásával. A disszertáció célja, hogy választ adjon az alábbi kérdésre: Hogyan kezelték Egyiptom, Irak, Jordánia, Libanon és Törökország egészségpolitikái és humanitárius választervei (HRP-k) a szíriai menekültek egészségügyi igényeit, és milyen javaslatokat lehet tenni annak érdekében, hogy a jövőbeni migrációs válságokra való felkészülését erősítsük a nemzeti egészségügyi rendszereknek?

E kérdés megválaszolásához a tanulmány áttekinti az említett öt ország jelenlegi migrációs egészségügyi politikáit és gyakorlatait, és értékeli azok hatékonyságát a nemzeti egészségügyi rendszerek kapacitásainak megerősítésében. A kutatás eredményei célja hozzájárulni egy olyan politikai keret kialakításához, amely jobb felkészülést biztosít az egészségügyi rendszerek számára a jövőbeni migrációs válságokra.

2. Módszertan

Bardach politikai elemzési keretrendszerét alkalmazva ez a tanulmány szisztematikusan értékeli a kulcsfontosságú politikai dimenziókat, beleértve az ingyenes vagy kedvezményes egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, a kulturálisan érzékeny szolgáltatásokat, az operatív felkészültséget és a menekültek bevonását a járványkezelési tervekbe. Egy strukturált indikátorrendszer, amely négy kiemelt nemzetközi irányelvből származik — így a WHO Egészségügyi Közgyűlésének WHA 61.17 rezolúciója, az ECDC

közegészségügyi iránymutatásai, az IOM Migrációs Válság Operatív Keretrendszere, valamint a WHO migrációval és COVID-19-cel kapcsolatos prioritásai — szolgál a politikai hatékonyság mérésére. A kutatás vegyes módszertant alkalmaz, amely összevont irodalmi áttekintést, politikai elemzést és kvantitatív pontozást ötvöz, biztosítva minden ország válaszadási kapacitásának robusztus értékelését.

3. Eredmények

Az eredmények azt mutatják, hogy a nemzeti stratégiák jelentősen eltérnek. Törökország és Jordánia erőteljes menekült-egészségügyi integrációt alkalmaz olyan gyakorlatok révén, mint a szíriai egészségügyi szakemberek bevonása az egészségügyi szektorba és tartaléktervek alkalmazása. Egyiptom és Libanon, bár biztosítják az alapvető egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, továbbra is állandó kihívásokkal küzdenek pénzügyi akadályokkal, bürokratikus korlátokkal és korlátozott kulturális adaptációval. Irak válasza fejlődő keretrendszert tükröz, amely — bár némi előrelépést mutat a szolgáltatások integrációja terén — az erőforráshiánnyal és az infrastruktúra hiányosságaival küszködik. Ez a politikai elemzés kiemeli az egységes keretrendszer szükségességét, amely biztosítja az igazságos egészségügyi hozzáférést, a hatékony válságkezelést és a kulturálisan kompetens kommunikációt.

4. Értékelés

A tanulmány a „gold-standard” politika összetevőinek azonosításával zárul, és javaslatokat fogalmaz meg a jövőbeni migrációs válságokra. Ezek az ajánlások útmutatóként szolgálnak a döntéshozók számára a kooperáció erősítéséhez és az ellenálló egészségügyi rendszerek kialakításához, amelyek hatékonyan tudnak reagálni menekültválságokra.

Ebben a részben a módszertant tovább alkalmazzuk az Eredmények fejezetben bemutatott bizonyítékokra, hogy válaszoljunk a kutatási kérdésre. Ez lehetővé teszi, hogy eljussunk Bardach módszertanának második szakaszához, amely az elemzett országok által alkalmazott politikai válaszok összehasonlítását jelenti. Ez az összehasonlítás lehetővé teszi annak értékelését, hogy az egyes országok mennyiben kezeltek a krízist a meghatározott normákhoz és indikátorokhoz viszonyítva. A következő elemzés kvantitatív pontozásos összehasonlító értékelést alkalmaz ezen politikák hatékonyságának mérésére, feltárva a

legjobb gyakorlatokat, hiányosságokat és a regionális együttműködés fejlesztésének lehetőségeit.

Egészségpolitikai elemzés összehasonlító mátrixa

Indikátor	Egyipto	Irak	Jordánia	Libanon	Törökors
Indicator 1: Migránsérzékeny egészségpolitikák előmozdítása (WHA 61.17 és az ECDC közegészségügyi iránymutatásai alapján)					
• Ingyenes alapvető egészségügyi szolgáltatások nyújtása	1	0.5	1	0.5	1
• Képzett interkulturális közvetítők jelenléte	1	1	1	0.5	1
• Naptárszerű oltási programok és felzárkóztató szűrések kulcsfertőző betegségekre	0	1	0.5	0	1
Részpontszám erre az indikátorra 1	2	2.5	2.5	1	3
Indicator 2: Migrációs válságok operatív keretrendszere (Az IOM Migrációs Válság Operatív Keretrendszere alapján)					
Nemzeti tartalékterv nagy létszámú migránsbeáramlás esetére, beleértve a fertőző betegségekre vonatkozó egészségügyi komponens	0	0.5	1	0.5	1
Részpontszám erre az indikátorra 2	0	0.5	1	0.5	1
Indicator 3: Migránsérzékeny egészségpolitikák előmozdítása (WHA 61.17 és az ECDC közegészségügyi iránymutatásai alapján)					
• A túlzásfoltosság csökkentése és a sanitációs feltételek javítása	0	0.5	0.5	0	1
• Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályainak eltörlése a humanitárius politikákban és HRP-kben	1	0.5	0.5	0.5	0.5
• Az egészségügyi információhoz való hozzáférés akadályainak megszüntetése (kulturálisan és nyelviileg is hozzáférhető formában)	1	1	1	0.5	1
Részpontszám erre az indikátorra 3	2	2	2	1	2.5
Indicator 4: Menekültek és migránsok bevonása járványkezelési tervekbe (a WHO Lancet-irányelvek migráció és COVID-19 prioritásai alapján)					

a. Kezeltetni a nemzeti biztonsági aggályokat a járványügyi választervekben b. Olyan egészségügyi modellek bevezetése, amelyek felismerik a menekültek társadalmi-gazdasági és jogi kihívásait c. Ezeket a csoportokat bevonni az egészségügyi felügyeleti és adatgyűjtési rendszerekbe	0	0	0	0	0
a. Kezeltetni a nemzeti biztonsági aggályokat a járványügyi választervekben b. Olyan egészségügyi modellek bevezetése, amelyek felismerik a menekültek társadalmi-gazdasági és jogi kihívásait c. Ezeket a csoportokat bevonni az egészségügyi felügyeleti és adatgyűjtési rendszerekbe	1	1	1	0.5	0.5
a. Kezeltetni a nemzeti biztonsági aggályokat a járványügyi választervekben b. Olyan egészségügyi modellek bevezetése, amelyek felismerik a menekültek társadalmi-gazdasági és jogi kihívásait c. Ezeket a csoportokat bevonni az egészségügyi felügyeleti és adatgyűjtési rendszerekbe	0	0	1	0.5	1
Részpontszám erre az indikátorra 4	1	1	2	1	1.5
Összpontszám	5 /10	6 /10	7.5 /10	3.5 /10	8 /10

Az eredmények értelmezése

A fent bemutatott összehasonlító értékelés Egyiptom, Irak, Jordánia, Libanon és Törökország egészségpolitikai válaszai között jelentős különbségeket tár fel a szíriai menekültválságra reagálva. Ezeknek a válaszoknak az előre definiált indikátorokhoz viszonyított

vizsgálata révén azonosíthatók a legjobb gyakorlatok, hiányosságok és regionális együttműködés lehetőségei — ezek az információk alapozzák meg egy szabványosított menekült-egészségügyi politika keretrendszerének kialakítását.

Indikátor 1: Migránsérzékeny egészségpolitika

Egyiptom egészségpolitikája gyenge, de részben migránsbarát jellegű: magában foglalja az alapellátást és kulturális közvetítő szerepet nem állami szereplők bevonásával. Irak viszonylag sikeresen integrálta a szíriai menekülteket nemzeti egészségügyi rendszerébe, különösen a Kurdisztáni Régióban. Ennek ellenére jelentettek magas költségeket, alapvető gyógyszerek és orvosi eszközök hiányát, valamint elégtelen számú kulturális tolmácsot, amelyek akadályozták a hatékony ellátást. Bár az EWARN és az oltási kampányok támogatást kapnak, nincs bizonyíték arra, hogy újonnan érkező menekültek számára célzott szűrőprogramok működnének.

Libanon migránsokkal kapcsolatos egészségpolitikája a rendkívül privatizált egészségügyi rendszerét tükrözi, amely az egészségügyi szolgáltatásokat sok szíriai menekült számára megfizethetlenné teszi. Noha az UNHCR és más nemzetközi szervezetek támogatják az alapellátást, a másodlagos és harmadlagos ellátásért közvetlen saját befizetés kell, amely rendkívüli mértékben megterheli a háztartásokat. Az LCRP (Libanoni Menekültügyi Választerv) strukturált keretet kínál a menekült-egészségügy számára, de pénzügyi és infrastrukturális korlátok továbbra is jelentős akadályt jelentenek. Bár a COVID-19 oltási program és más közegészségügyi kampányok nyitott politikát tükröznek, a rutin immunizációs programokat az finanszírozási hiányok zavarták meg. A kulturális tolmácsok hiánya tovább rontja a kulturálisan megfelelő egészségügyi szolgáltatások elérhetőségét. Libanon elismeri a menekültek egészségügyi problémáit, de az egészségügyi

ellátás fenntarthatósága és méltányossága továbbra is megoldatlan kihívás.

Jordánia jelentős előrelépést tett a migránsok egészségpolitikájának előmozdításában: kezdetben ingyenes ellátást nyújtott a szíriai menekültek számára, majd felépítette a Migránsokért Egészségügyi Alapot (Jordan Health Fund for Refugees). Ennek ellenére a fizethetőség továbbra is gondot jelent. Mobil klinikák és kulturális tolmácsok alkalmazása javított az egészségügyi egyenlőségen, míg az oltási és betegszűrési kampányok széles lefedettséget értek el. Mindazonáltal pénzügyi akadályok továbbra is korlátozzák a menekültek hozzáférését az egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Törökország jelentősen erősítette migránsbarát egészségpolitikáját azáltal, hogy regisztrált menekültek számára ingyenes ellátást biztosít az állami egészségügyi rendszerben. A törökországi Migráns Egészségügyi Központok (MHC-k), amelyeket szíriai egészségügyi szakemberek működtetnek, növelték az ellátás hozzáférhetőségét és kulturális érzékenységét. Az oltási

szolgáltatások teljes integrációja sikernek tekinthető. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy azok a menekültek, akiknek dokumentumaik nem rendezettek, továbbra is korlátozásokkal szembesülnek a szakosított ellátásokhoz való hozzáférés során.

Indikátor 2: Migrációs válság operatív keretrendszere (IOM)

Egyiptomban nincs világosan dokumentált nemzeti tartalékterv, amely kifejezetten egészségügyi komponenseket tartalmazna, bár az ország részt vesz regionális migrációs válságokat kezelő keretekben. Az ország azonnali humanitárius segítyből hosszú távú beilleszkedési megközelítésre váltott a közszolgáltatásokban. Ugyanakkor nincs elérhető átfogó nemzeti tartalékterv, különösen olyan, amely oktatólag egészségügyi szempontokat is figyelembe venne.

Jordánia beépítette a menekülteket nemzeti egészségügyi rendszerébe támogatott szolgáltatásokkal, bár pénzügyi kihívások továbbra is fennállnak. A mobil klinikák és terepprogramok javítják az elérhetőséget, és a

kulturális tolmácsok képzése elősegíti a kommunikációt. Az oltási kampányok széles lefedettséget biztosítanak és erős közegészségügyi eredményeket hoznak.

Libanon beépített némi tartaléktervezést a menekült-egészségügybe az LCRP keretén belül. Azonban a politikai és gazdasági instabilitás gátolja egy strukturált nemzeti választerv teljes megvalósítását. Libanon együttműködik nemzetközi szervezetekkel a menekült-ellátás támogatásában, de a rendkívül privatizált rendszer pénzügyi akadályokat jelent a közép- és magas szintű ellátás felé. A menekült egészségügyi szolgáltatások integrálásának erőfeszítéseit finanszírozási hiányok és rendszerszintű kihívások korlátozzák, csökkentve a nagyléptékű egészségügyi válságokra való felkészültséget.

Törökország erős operatív keretrendszert épített ki a migrációs válságok kezelésére, amelybe a közegészségügyi felkészültség beépült a nemzeti válaszprogramokba. A WHO támogatásával Törökország hatékonyan kezelte a nagy menekültáramlásokat,

miközben biztosította az egészségügyi szolgáltatások folytonosságát olyan vészhelyzetek idején is, mint a COVID-19 pandémia.

Indikátor 3: Egészségügyi hozzáférés és higiénia (IFRC, IOM, UNHCR, WHO és ECDC)

Egyiptom törekedett az egészségügyi hozzáférési akadályok csökkentésére és a nyelvi szolgáltatások javítására, de nem rendelkezik egyértelmű politikákkal a zsúfoltság kezelésére és a higiéniai fejlesztésekre. Irak a menekülteknek a táboroktól való áthelyezésére és a zsúfoltság hosszú távú kezelésére fókuszált. Ugyanakkor nincs beazonosítható politika, amely kifejezetten a higiéniai körülmények javítására irányulna. Bár a nemzeti egészségügyi integráció cél, a pénzügyi akadályok sok menekült számára továbbra is megakadályozzák a szükséges ellátáshoz jutást.

Jordánia javított a menekülttáborok higiéniai és szanitációs feltételein; azonban az urbanizált területeken, ahol a legtöbb menekült él, továbbra is jelentős tényező a túlzásfolyosság. A pénzügyi és jogi korlátok továbbra is

korlátozzák az egészségügyi hozzáférést, bár az egészségnevelési kampányok növelték a közvélemény tudatosságát.

Libanon jelentős kihívásokkal néz szembe a magas zsúfoltság és a rossz higiéniai viszonyok miatt, mivel a legtöbb szíriai menekült informális telepeken él, ahol nem megfelelő infrastruktúra áll rendelkezésre. A tiszta vízhez és higiéniai létesítményekhez való korlátozott hozzáférés fokozza az egészségügyi kockázatokat, míg a pénzügyi és jogi akadályok nehezítik az egészségügyi szolgáltatások elérését. Nem kormányzati szervezetek által vezetett kulturális egészségügyi kezdeményezések léteznek, de nem terjednek széles körben ki, és hiányzik egy koherens nemzeti stratégia.

Törökország csökkentette tevékenységét a nagy menekülttáborokban, ám a tartományok, ahol magas a menekültnépesség, továbbra is nagy népsűrűséget mutatnak. A jogi korlátok korlátozzák az egészségügyi hozzáférést a nem regisztrált menekültek számára.

Ugyanakkor a szíriai orvosok alkalmazása és kétnyelvű betegvezetők kiképzése növelte az ellátás elérhetőségét és a rendszerbe vetett bizalmat.

**Indikátor 4: Migráció és COVID-19 válasz
(WHO / Lancet prioritás)**

Egyiptom bevonta a menekülteket a közegészségügyi rendszerbe, de nem alakított ki specifikus politikákat, amelyek kezelnék a biztonság és az egészségpolitika közötti egyensúlyt — ez akadályozza a teljes populációra kiterjedő, hatékony pandémia-kezelést a jogi státusztól függetlenül.

A COVID-19 járvány során Irak biztosította a menekültek bevonását a nemzeti járványkezelési intézkedésekbe, például oltások és egészségnevelés révén. Ugyanakkor korlátozott információ áll rendelkezésre arról, hogy a menekültek speciális sérülékenységei hogyan szerepeltek a nemzeti biztonsági és társadalmi-gazdasági tervekben.

Jordánia hatékonyan integrálta a menekülteket a nemzeti járványválasztervekbe, alkalmazott egészségügyi ellenőrzéseket a határátkelőknél, és egyensúlyozta a

biztonsági és humanitárius szempontokat. A menekültek egészségügyi szolgáltatásainak integrációja a nemzeti rendszerbe növeli az ellenálló képességet a jövőbeni egészségügyi válságokkal szemben.

Libanon bevonta a szíriai menekülteket a COVID-19 oltási kampányba, ami tükrözi a közegészségügyi tudatosságot a vészhelyzeti tervekben — annak ellenére, hogy explicite nem dolgoztak ki biztonság és egészségügy metszéspontját kezelő politikákat. A politikai instabilitás és a pénzügyi korlátok gátolják egy fenntartható egészségügyi rendszer kialakulását; továbbá a menekült egészségügyi adatok rendszerszerű hiánya nehezíti a hosszú távú tervezést és járványügyi megfigyelést.

Törökország bevonta a menekülteket a nemzeti járványválaszba, kezelve közegészségügyi és biztonsági szempontokat egyaránt. Az egészségügyi modell lehetővé teszi a menekültek számára a fertőző betegségek, anyasági ellátás és krónikus betegségek kezelését – a legtöbb szíriai esetben. Az informatikai rendszer frissült,

és a közegészségügyi felügyelet tartalmaz menekültadatokat a politikai döntések támogatására.

A fenti eredmények indikátorok szerint és összesített teljesítmény alapján tükrözik, hogy az öt ország összehasonlító elemzése értékes betekintést nyújt egy „arany standard” politikai keretrendszer kialakításához. A következő fejezet erre építve teszi lehetővé, hogy a jövő politikai döntéshozói beépíthessék a legjobb gyakorlatokat a menekültellátás fenntarthatósága, méltányossága és ellenálló képessége érdekében.

5. Következtetések

Ez a disszertáció átfogó értékelést nyújt Egyiptom, Irak, Jordánia, Libanon és Törökország menekült-egészségpolitikai intézkedéseiről egy strukturált indikátorrendszer alapján. E vizsgálat keretében lett elemezve ezeknek az országoknak a szíriai menekültválságra adott egészségügyi válaszait az alkalmazott politikák és humanitárius választervek (HRP-

k) révén. Továbbá a kutatás felméri, hogy ezek a politikák milyen mértékben erősítették meg a nemzeti egészségügyi rendszereket, és azonosít olyan stratégiákat, amelyek tovább fejleszthetők ahhoz, hogy a jövőbeni migrációs válságokra történő reagálás kapacitásai növekedjenek. Az egyes országok stratégiáinak erősségei és gyengeségei alapján ez a kutatás fenntartható, befogadó és rugalmas egészségügyi politikai ajánlásokat sűrít.

A közegészségügyi politikákat és elméleteket folyamatosan értékelni és finomítani kell a valós megfigyeléseken és a politikai eredmények vizsgálatán keresztül. Az előzőleg bemutatott mátrixok elemzésével lehetséges értékelni a jelenlegi politikák hatékonyságát és arra következtetni, hogy az azokat alátámasztó elméleti keretek továbbra is érvényesek-e. Az előző fejezetek átfogó képet nyújtottak az egyes országok válaszainak pozitív és negatív vonásairól a szíriai menekültválságra reagálva, lehetővé téve az egészségügyi beavatkozások hatásosságának felmérését és a legjobb gyakorlatok, valamint a politika keretrendszerek hiányosságainak azonosítását.

A következő tárgyalás kiemeli az egyes indikátorokból származó kulcsfontosságú felismeréseket, bemutatva a sikeres stratégiákat, a tartós kihívásokat és a fejlesztendő területeket annak érdekében, hogy egy integráltabb, fenntarthatóbb és humánusabb menekült-egészségügyi megközelítés alakuljon ki. Ennek az értékelésnek kritikus eleme a migránsérzékeny egészségpolitikák előmozdítása, különösen az ellátás hozzáférhetősége, fizethetősége és kulturális érzékenysége szempontjából. Így a következtetések azon elképzelésre épülnek, amelyet a bevezetés is hangsúlyozott: a politikák nem szándékuk által, hanem tényleges hatásuk alapján igazolhatók. E szemlélet mentén az öt ország között egy világos minta sejlik fel: bár a menekültek számára elérhetők az alapvető egészségügyi szolgáltatások, költséggel, dokumentációval és eljárási akadályokkal kapcsolatos problémák merülnek fel. Törökország az egyetlen olyan ország, amely teljes mértékben integrálta a menekülteket az állami közegészségügyi rendszerébe, biztosítva az egyetemes alapellátást és alkalmazva szíriai orvosokat a

Migráns Egészségügyi Központokban (MHC-k), hogy kezeljék a nyelvi és kulturális akadályokat. Jordánia és Egyiptom eltérő korlátozásokkal tették lehetővé a menekült-egészségügyi hozzáférést — Jordánia kezdetben ingyenes ellátást nyújtott, majd később díjakat vezetett be, amelyek pénzügyi akadályokat teremtettek; Egyiptom esetében a menekültek hozzáférhetnek az állami egészségügyi intézményekhez, de hiányoznak a formális mechanizmusok a kulturálisan adaptált ellátás biztosítására. Libanon, privatizált egészségügyi rendszerével, jelentős anyagi kihívásokat állít a menekültek elé, míg Irak — a menekültek beillesztésére irányuló erőfeszítése ellenére — erőforrás-korlátokkal küszködik, amelyek befolyásolják az ellátás minőségét és elérhetőségét.

Az elérhető, méltányos és kulturálisan kompetens egészségügyi ellátást biztosító politikák fontossága mind az esetek tekintetében kritikus kérdés marad. Emellett az operatív keretrendszer megléte a migrációval összefüggő egészségügyi válságok kezelésére, különösen az egészségügyi vészhelyzetek tartaléktervezésének

vonatkozásában, területenként eltérő. Törökország és Jordánia átfogó nemzeti tartalékterveket épített ki a menekültek között előforduló fertőző betegségekre vonatkozóan. Irak a 3RP keretrendszer tagja, de nem rendelkezik robusztus tartalékstruktúrával migrációs egészségügyi válságok kezelésére. Egyiptom részleges megközelítést alkalmaz, de nincs világosan meghatározott egészségügyi tartalékterve a vészhelyzeti rendszerében. Libanon elméletileg az LCRP keretében lefedett, de pénzügyi és politikai korlátok akadályozzák a hosszú távú felkészülést és válaszadási képességet. Ezek az eltérések hangsúlyozzák annak szükségességét, hogy a migrációs egészségügyi stratégiákat integrálják a nemzeti vészhelyzeti keretekbe a reziliencia növelése és az időben történő reagálás biztosítása érdekében a nagyléptékű elmozdulások esetén.

A zsúfoltság, nem megfelelő higiéniai feltételek és az egészségügyi hozzáférés akadályai továbbra is jelentős kihívásokat jelent, különösen Libanonban és Irakban, ahol az informális telepek és korlátozott erőforrások növelik az egészségügyi kockázatokat. Ezzel szemben Jordánia

Zaatarri és Azraq táborain belüli struktúrált megközelítés lehetővé tette a jobb higiéniai szabályozást és a túlszűfolttság csökkentését, bár az urbanizált területeken élő menekültek számára továbbra is fennállnak ezek a problémák. Törökország városi integrációs stratégiája előnyökkel jár, de bizonyos önkormányzatoknál túlnépesedést is eredményezett. Míg Törökország és Jordánia hatékony stratégiákat fejlesztett ki az egészségügyi hozzáférés javítására, Libanon és Egyiptom továbbra is anyagi és bürokratikus akadályokkal küzd. Különösen a nyelvileg és kulturálisan megfelelő egészségügyi információk elérhetősége kulcsfontosságú tényezőnek bizonyult, amely befolyásolja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét. Az olyan politikák, amelyek elősegítik a megfelelő nyelv használatát a menekült-egészségügyi szolgáltatásokban, jelentősen javítják az egészségügyi eredményeket. A menekültek és migránsok aktív részvétele a járványkontrollban és a felügyeleti rendszerekben szintén fontos aspektusa ennek az elemzésnek.

A COVID-19 pandémia országos egészségügyi rendszereket próbára tette, feltárva az integrációban rejlő sebezhetőségeket és erősségeket a menekültek bevonását illetően a közegészségügyi programokba. Törökország erőteljes elkötelezettséget mutatott a menekültek bevonására az oltási kampányokba, adatgyűjtésbe és egészségügyi felügyeletbe, modellként szolgálva a migránsbarát egészségpolitikák kialakításához. Jordánia szintén hatékonyan bevonta a menekülteket nemzeti pandémiára adott válaszába. Ezzel ellentétben Irak és Libanon strukturális és pénzügyi kihívásokkal néztek szembe, amelyek akadályozták a teljes megvalósítást, míg Egyiptom menekült-egészségügyi programját rendszerszintű pénzügyi és bürokratikus akadályok korlátozták. Ez az összehasonlítás hangsúlyozza azt a szükségességet, hogy a migránsok integrálódjanak a nemzeti egészségügyi felügyeleti rendszerekbe, nemcsak humanitárius, hanem szélesebb közegészségügyi érdekek miatt is. A kutatás eredményei alapul szolgálnak a legjobb gyakorlatok kialakításához és a menekült-egészségügyi

válaszok optimalizálásához szükséges politikaajánlásokhoz.

A pozitív tapasztalatok alapján — amelyeket az egyes országokban megfigyelt valós vészhelyzeti forgatókönyvek empirikus adatai támasztanak alá — ez a kutatás azonosítja azokat a kulcsfontosságú, gyakorlatban alkalmazható elveket, amelyek a jövőbeli menekültválságok esetén reagálóképes, igazságos és fenntartható migrációs egészségügyi politikák kialakításához vezetnek.

Arany standard szerinti szakpolitikai ajánlások a döntéshozók számára

Indikátor	Az arany standard politika alapvető elemei
1. Migránsérzékeny egészségpolitikák előmozdítása (WHA 61.17 és az ECDC közegészségügyi iránymutatásai alapján)	a. Biztosítani a bizalmas és névtelen egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, ahogy azt Jordánia mobil outreach programjai alkalmazzák. b. Képzett interkulturális közvetítőket bevetni és alkalmazni egészségügyi környezetben, amint azt Törökország tette, szíriai egészségügyi

	<p>szakemberek alkalmazásával a migráns egészségügyi központokban.</p> <p>c. Menekültek számára ingyenes vagy támogatott alapellátási szolgáltatásokat garantálni, ahogy azt Törökország és Egyiptom esetében tapasztalható.</p> <p>d. Oltási és betegségszűrés programokat bevezetni a frissen érkező migránsokra, integrálva azokat Jordánia és Törökország nemzeti immunizációs terveibe.</p>
<p>2. Migrációs válságok operatív keretrendszere (Az IOM Migrációs Válság Operatív Keretrendszere alapján)</p>	<p>a. Nemzeti tartalékterv kidolgozása migrációs válságokra, amelynek részeként külön egészségügyi komponens is működik, amint azt Jordánia és Törökország esetében alkalmazták.</p> <p>b. Az egészségügyi válságkezelés integrálása a nemzeti vészhelyzeti felkészültségi tervekbe.</p> <p>c. Minisztériumok közötti koordinációs mechanizmus létrehozása az egészségügyi válaszok felügyeletére, ahogy Irak is átalakult azonnali segélynyújtásból strukturált közegészségügyi integráció felé.</p>
<p>3. Migránsérzékeny egészségpolitikák előmozdítása (WHA 61.17 és az ECDC közegészségügyi iránymutatásai alapján)</p>	<p>a. Fejleszteni a higiéniai és tisztasági infrastruktúrát a menekültet befogadó közösségekben, amint azt Jordánia strukturált menekülttaborai példázzák.</p> <p>b. Megszüntetni az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés pénzügyi és jogi akadályait, és figyelembe</p>

	<p>venni az egészségügy privatizált modelljeinek hatását.</p> <p>c. Biztosítani kulturálisan és nyelviileg megfelelő egészségügyi információk nyújtását, amint azt Törökország szíriai vezetett egészségügyi központjai hatékonyan alkalmazzák.</p>
<p>4. Menekültek és migránsok bevonása járványkezelési tervekbe (a WHO Lancet-irányelvek migráció és COVID-19 prioritásai alapján)</p>	<p>a. Harmonizálni a nemzeti biztonsági aggályokat befogadó egészségpolitikákkal, amint azt Törökország és Jordánia sikeresen megvalósította a COVID-19 járvány idején.</p> <p>b. Olyan egészségügyi modelleket alkalmazni, amelyek figyelembe veszik a menekültek társadalmi-gazdasági sérülékenységét, még járványok kitörésekor is.</p> <p>c. A menekülteket és migránsokat bevonni a nemzeti egészségügyi felügyeleti és adatgyűjtési rendszerekbe.</p> <p>d. Biztosítani az igazságos hozzáférést a pandémiás és fertőző betegség elleni választékozkozásokhoz, amint azt Jordánia és Törökország proaktív közegészségügyi stratégiái mintaként mutatják</p>

* Felmentés: ez a fordítás egy online szolgáltatás igénybevételel készült.

6. PUBLIKÁCIÓK

PhD tudományos cikk:

Strengthening Country Readiness for Pandemic-Related Mass Movement: Policy Lessons Learned (2021) by Matteo Dembech *Zoltan Katz and Istvan Szilard

Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(12), 6377;

<https://doi.org/10.3390/ijerph18126377>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6377>

A folyóirat impakt faktora 2021-ben: 4.614

Source: <https://www.mdpi.com/about/announcements/4095>

A téziszhez szorosan kapcsolódó publikációk:

- WHO, (2019), “Survey on health status, services utilization and determinants of health of the Syrian refugee population in Turkey”
- Panorama Public Health Journal, (2018) Pavel Ursu, Dorit Nitzan, Serap Şener, Bahadır Sucaklı, Murat Şimşek, Mërkur Beqiri, Matteo Dembech, Akfer Karaođlan Kahilođulları, Altin Malaj, “Protracted emergency in Turkey – supporting provision of

essential health services to Syrians under temporary protection”

Egyéb publikációk:

- The Lancet Infectious Diseases, Dondorp et All, (2025) “Impact of the Global Fund Regional Artemisinin-Resistance Initiative on Malaria Control and Elimination in the Greater Mekong Sub-Region of Southeast Asia”
- The European Journal of Public Health, (2017), Matteo Dembech, “Access to healthcare for migrants during emergencies: a health policy analysis”
- European Journal of Public Health, (2017) Mipatrini Severoni Dembech, “Migrants and primary healthcare in Sicily: comparison of avoidable hospitalization rates among Regular and Irregular Migrants between 2003 and 2013 in Sicily”.
- Panorama Journal, (2016), Severoni, Dembech, Barragan, Bongiorno, “Promoting intersect oral public health responses to large-scale migration: the example of Sicily, Italy”

- WHO Regional office for Europe, (2016) “Spain: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants”
- WHO Regional office for Europe, (2016), “Malta: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants”
- WHO, (2016), Review of possible public health activities to respond to changing migration patterns in Greece
- WHO, (2015), A public health approach to human trafficking, , News article
- WHO Regional office for Europe, (2015), Issue IV, PHAME Newsletter, “Data on health behaviours in the migrant population to inform policy-making: WHO, Ca’ Foscari University and the Italian National Institute of Health (ISS) “Immigrants and health in Italy” report”
- WHO Regional office for Europe, (2014), “Sicily, Italy: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants”

- Università Cà Foscari, (2014), “Disuguaglianze in salute, migranti in Italia, Report su comportamenti a rischio e accesso ai servizi, 2008-2013”
- WHO Regional office for Europe, (2014), Issue II, PHAME Newsletter, “Saving lives of migrants in the Mediterranean: new EU search and rescue rules”
- WHO Regional office for Europe, (2014), “Portugal: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants”
- Istituto Superiore di Sanità, (2014), Ingrosso et al., “A desk review on Institutional and non-Institutional organizations active in the field of migrant’s health in the WHO European Region”
- WHO Regional office for Europe, (2012), “Second assessment of migrant health need, Lampedusa and Linosa, Italy”
- WHO Regional office for Europe, (2011), “Increased influx of Migrants in Lampedusa, Italy”

Köszönetnyilvánítás

Őszinte hálámat szeretném kifejezni Prof. Dr. Szilárd Istvánnak az értékes útmutatásáért és rendíthetetlen támogatásáért az évek során. Elhivatottsága és mély szakértelme a migráció-egészségügy területén nagyban hozzájárult szakmai fejlődésemhez és kutatási törekvéseimhez. Mentorálása különösen fontosnak bizonyult ezekben a kihívásokkal teli időkben, nem csupán számomra, hanem az európai és nemzetközi közegészségügyi közösség számára is.

Hálás vagyok továbbá Prof. Dr. Kiss Istvánnak, Prof. Dr. Katz Zoltánnak és Prof. Dr. Marek Erika Mária-nak az idejéért, értékes visszajelzéseikért és nagylelkű támogatásukért. Építő jellegű észrevételeik jelentősen emelték kutatásom színvonalát, és motiváltak arra, hogy törekedjek a kiválóságra mind az akadémiai, mind a szakmai pályán.

Külön köszönetet mondok Jaksza Csabának a folyamat során felmerült szervezési és logisztikai kihívások megoldásáért nyújtott segítségéért.

Elismeréssel tartozom kollégámnak, Katz Zoltánnak, akivel több projekten való együttműködés intellektuálisan ösztönző és gyümölcsöző volt. Ezenkívül köszönetet szeretnék mondani a Doktori (PhD) és Habilitációs Irodának, különösen Tamaskóné Sóstai Erikának, segítőkész tanácsaiért és útmutatásáért, amelyek nélkülözhetetlenek voltak ezen az úton.

Végül szeretném kifejezni mély hálámat partneremnek, Hollynak, rendíthetetlen jóindulatáért és támogatásáért. A PhD és a mindennapi kötelezettségek közötti egyensúly megtartása kihívást jelentett, de biztatása állandó támaszt nyújtott számomra.