

**EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI**

**Az egészségfejlesztés három évtizede Magyarországon a  
globális kihívások és a politikai változások tükrében**

**Dr. Kökény Mihály**



**Debreceni Egyetem  
Egészségtudományok Doktori Iskola**

**2015**

## **Az egészségfejlesztés három évtizede Magyarországon a globális kihívások és a politikai változások tükrében**

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében  
az Egészségtudományok tudományágban

Írta: Dr. Kökény Mihály, általános orvos

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolája  
(A Megelőző Orvostan és Népegészségtan programja) keretében

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora  
tagok: Prof. Dr. Muszbek László, akadémikus  
Dr. Benkő Zsuzsa, kandidátus

A doktori szigorlat időpontja:

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar,  
Megelőző Orvostani Intézet, Tárgyaló  
2015. október 29. 11:00

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Vokó Zoltán, az MTA doktora  
Dr. Balázs Péter, PhD

A bírálóbizottság:

elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora  
tagok: Prof. Dr. Muszbek László, akadémikus  
Prof. Dr. Vokó Zoltán, az MTA doktora  
Dr. Balázs Péter, PhD  
Dr. Benkő Zsuzsa, kandidátus

Az értekezés védésének időpontja:

Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar,  
Belgyógyászati Intézet „A” épület Tanterme, 2015. október 29. 13:00

## **1. A doktori értekezés előzményei és célkitűzései**

Az egészségfejlesztés új szakpolitikai gondolkodás, szemlélet és módszertan megjelenését és meghonosodását jelenti. Konceptiója a múlt század nyolcvanas éveinek elején, az egészség ügyének akkor világszerte terjedő medikalizációjára adott válaszként született az Egészségügyi Világszervezet (WHO) műhelyeiben. Az egészségfejlesztés fogalma és stratégiája a WHO I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferenciáján (1986) az ún. Ottawai Karta megalkotásával nyert polgárjogot a globális és nemzeti egészségpolitikákban.

Az értekezés célja annak bemutatása volt, hogy az elmúlt három évtizedben hogyan alakult az egészségfejlesztés, mint új szakpolitika elfogadottsága és gyakorlatba történő átültetése Magyarországon. Érdemesnek tűnt megvizsgálni az egészségfejlesztés kialakulásának epidemiológiai és egészségpolitikai előzményeit éppen úgy, mint a nemzetközi trendek alakulását és a magyarországi helyzet előrehaladását. Elemezni kívántam, hogy miért válhatott hazánk az egészségfejlesztés közép-európai úttörőjéből az előrehaladást követő visszaesésekkel jellemezhető orszaggá.

Az elemzés érdekében áttekintettem a nemzetközi és hazai szakpolitikai és módszertani dokumentumokat, valamint strukturált interjúkat készítettem kilenc olyan népegészségügyi szakemberrel, aki részt vett az elmúlt harminc év népegészségügyi tevékenységében.

Az interjúk összesítése alapján kirajzolódott kép és a feldolgozott források alapján javaslatot tettem az egészségfejlesztés gyakorlatának megújítására, illetve felvázoltam egy új komplex népegészségügyi program tervezéséhez szükséges legfontosabb szempontokat.

## **2. Az értekezés tartalmi elemeinek összefoglalása**

### **A.**

Az egészségfejlesztés tudományos megalapozásához az orvostudományok részéről az epidemiológiai nyomon követéses, összehasonlító és intervenciós vizsgálatok vezettek.

A múlt század közepén a fejlett nyugati világban a fertőző betegségekből származó halandóságot felváltotta az idült, nem fertőző betegségekből, elsősorban a szív- és érrendszeri betegségekből származó halandóság. Az epidemiológiai tranzíció okainak feltárására széleskörű nemzetközi kutatások történtek. A

kutatások eredményeként kialakult a rizikófaktorok fogalma, valamint annak ismerete, hogy a különböző életmódmintákhoz más típusú rizikóstátusz és megbetegedési, halandósági modell társul. Az életmódfüggő betegségek kialakulását a különböző vizsgált társadalmak gazdasági, kulturális környezeti tényezői befolyásolták. A kutatások eredményeit Geoffrey Rose foglalta össze, amikor is kidolgozta az idült, nem fertőző betegségek megelőzésének két alapvető formáját: a lakossági szintű megközelítést és a magas kockázatú népesség kockázatsökkentését. Rose munkájának intervenciók epidemiológiai bizonyítéka az azóta is számtalanszor idézett finn, észak-karéliai közösségi megelőzési program. Ez a program nemcsak a rizikóstátusz és a megbetegedési és halálozási viszonyok kedvező irányú befolyásolhatóságát igazolta, hanem rámutatott arra is, hogy adott országon belül az eltérő társadalmi-gazdasági helyzet okozta egészséghátrányok társadalmi szintű beavatkozásokkal csökkenthetőek.

A szaporodó tudományos ismeretek egészségpolitikai megjelenítésében úttörő szerepet játszott Marc Lalonde, Kanada egykori egészségügyi minisztere, aki jelentésében összefoglalta az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóit, és lényegében ágazatközi egészségfejlesztési program-tervet készített, elsőként alkalmazva magát az egészségfejlesztés kifejezést is. Lalonde gondolatmenetét azzal zárja, hogy az egészség kiemelkedő szerepét az ország alkotmányának kellene tartalmaznia,

szakmapolitikai céljaként pedig azt fogalmazta meg, hogy munkája járuljon hozzá az Egészségügyi Világszervezet (WHO) népegészségügyi politikájának megújításához.

A WHO Alkotmányában már 1948-ban megfogalmazta az egészség ma is érvényes definícióját: „az egészség – teljes fizikai és társadalmi jóllétet jelent, és nem egyszerűen a betegség vagy fogyatékoság hiányát – alapvető emberi jog”, és ezt a meghatározást az Alma-Atai Nyilatkozatban 1978-ban ismételten megerősítette. Az Alma-Atai Nyilatkozat az első olyan nemzetközi dokumentum, amely megfogalmazza, hogy az egészség elérése a legfontosabb társadalmi célok egyike, és az egészségügyön kívül számos más társadalmi, gazdasági, környezeti és kulturális tényező együttes hatásán alapul. Már az Alma-Atai Nyilatkozatban is kiemelt hangsúlyt kap az egészségi állapotban meglévő egyenlőtlenségek mérséklésének fontossága.

Az Alma-Atai Nyilatkozat szelleme továbbélt az I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián, amelynek zárónyilatkozata az Ottawai Karta, az egészségfejlesztés alapdokumentuma. Alcíme – „Előre az új népegészségügy irányába” – egyértelműen kifejezi, hogy az egészségfejlesztéssel új szakmapolitikai szemlélet meghonosítása a cél. Az egészségfejlesztés fogalmát úgy határozza meg, hogy „az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy megértsék és növeljék befolyásukat a saját

egészségük meghatározói felett annak érdekében, hogy egészségük jobb legyen.”

Az ottawai dokumentum egyes részterületeinek továbbgondolására több nemzetközi konferenciát hívtak össze, utoljára 2013-ban Helsinkiben, amely zárónyilatkozatában az Ottawai Karta két fontos örökségét erősíti meg, nevezetesen az egészség szempontjainak átlátható érvényesítését az egyes szakpolitikákban, valamint az egészségi állapotban megmutató egyenlőtlenségek mielőbbi felszámolását.

Az akkori egészségügyi kormányzat nyitottságának köszönhetően a magyar egészségpolitikusok részt vehettek az Egészségügyi Világszervezet ottawai értekezletén, és az ottawai zárodokumentum nemcsak hogy megjelent magyar fordításban, de 1987-ben az államszocialista országok közül elsőként minisztertanácsi határozat hirdette meg „az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programját”. Ebben a dokumentumban nyilvánvaló az ágazatközi megközelítés, és az egészség javítása érdekében pénzügyi feltételeket előirányzó feladatterv is készült. Nem egyszerűen egészségügyi ágazati programban gondolkodtak, hanem társadalmi összefogásban. A stratégia egy korát megelőző, színterekben és életciklusokban gondolkodó, projektszemléletű „új népegészségügyi programot” jelölt ki az idült, nem fertőző betegségek visszaszorítására.

A megkezdett tevékenységek a rendszerváltás időszakában megakadtak, az államigazgatás átalakítása mellett új népegészségügyi ellátórendszert hoztak létre az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat formájában (ÁNTSZ). Egyéb feladatai mellett a szolgálat a törvény értelmében szigorúan ágazati keretek között az egészségfejlesztés és a népbetegségek megelőzésének fő felelősévé vált (1991)

A szolgálat megalakítása után elkészült a rendszerváltás utáni első népegészségügyi program (1994), amelyet az országos tisztifőorvos iránti tiszteletből azóta is csak „Kertai-program”-ként emleget a szakma. Ez a program nevesített öt nemzeti célt és számos olyan feladatot, amelyek az elkövetkezendő évek programjaiban más és más megfogalmazásban, más indikátor értékekkel, de lényegét tekintve nem változtak.

A Kertai-program életbe lépésének időszakában írták alá az egészségügy felzárkóztatását szolgáló világbanki kölcsön-megállapodást. A projekt célja az egészségügyi ellátórendszer modernizálása mellett a lakosság egészségi állapotának javítása volt egy korszerű népegészségügyi program megvalósítása által. Míg a világbanki projektek részletes, jóváhagyott menedzsment-tervekkel rendelkeztek és 1998-ig finanszírozásuk is volt, a Kertai-program a gazdasági stabilizáció áldozatául esett, és fokozatosan elsorvadt. Sajnos a világbanki programok politikai viták miatt szintén idő előtt lezárultak; közülük az Egészségügyi

Menedzserképző Központ és a Debreceni Népegészségügyi Iskola maradt fenntartható.

Az 1997-ben elfogadott, az egészségügyről szóló CLIV. törvényben részletesen benne van az Ottawai Karta korszerű egészségfejlesztési megközelítése, és a törvény szellemének megfelelően 1998-ban megjelent az Egészségünk jövője című népegészségügyi dokumentum, amely 2010-ig jelölte ki az egészségfejlesztés stratégiai irányait. Ez a dokumentum sem élte túl az aktuális kormányváltást.

Az ezredforduló után Mikola István miniszterként visszatért a Kertai-programhoz és 2001-ben kormányhatározat jelent meg, amely 2010-ig definiálta az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveit. A világbanki, a Kertai és Mikola nevével jelzett elképzelések között folyamatosságot lényegében csak a mellrákszűrési program megvalósításához szükséges hálózat kiépítése jelentett.

A 2002-es kormányváltással Csehák Judit és Jakab Zsuzsanna irányításával újabb népegészségügyi stratégia készült, az Egészség Évtizedének Nemzeti Programja; az erről szóló országgyűlési határozatot a Parlament nagy többséggel fogadta el. A program első egy-két évét részleteiben is megtervezték, azonban az ígéretes kezdetet követően a végrehajtás irányítása meggyengült és a finanszírozás mértéke is jelentősen csökkent.

Innovatív lehetőséget hordozott a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság, illetve a Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda létrehozása (2005), ezek a szervezetek azonban rövid életűek voltak és nem rendelkeztek kellő kormányzati presztízzsel.

A 2010-es kormányváltás után, bár a programot hivatalosan nem szüntették meg, végrehajtására már nem fordítottak figyelmet. A Semmelweis-tervben (2011) ugyan volt ígéret a 2013. évben lejáró program részletes értékelésére és új népegészségügyi program megírására, ez azonban a dolgozat lezárásáig nem történt meg.

2010 után jórészt tiltó rendszabályok jelentették a népegészségügyi intézkedések gerincét. Az elemzők véleménye alapján a törvények megszületését inkább egyes gazdasági csoportok érdekei vezérelték, mintsem népegészségügyi megfontolások. A pozitív lépések (a dohányárak jövedéki adójának emelése, transz-zsír sav tartalmú élelmiszerek forgalmazásának korlátozása) féloldalasak (nem társulnak, pl. az egészségre kedvező közétkeztetési kezdeményezésekkel) és nem illeszkednek átfogó koncepcióba. Nem érzékelhető politikai elkötelezettség, az egészség érdekében vállalt ágazatközi együttműködés és stabil finanszírozási háttér.

**B.**

Az elmúlt harminc év népegészségügyi (egészségfejlesztési) tevékenységének értékelésére olyan szakembereket kértem fel, akik az elmúlt három évtized egészségpolitikájának alakításában döntéshozóként, egyetemi oktatóként, tanácsadóként vettek részt. Kilenc beszélgetés zajlott le 2012 őszén. Az interjúk kérdései a következők voltak:

- Hogyan látja az egészségfejlesztés hazai helyzetét, változását 1986, az Ottawai Karta megszületése óta? Az egymást követő kormányok hogyan alkalmazkodtak a népegészségügy kihívásaihoz? Melyek a kiemelkedő eredmények és alapvető hiányok?
- Milyen, az egészségpolitikán kívüli erők befolyásolták ezt a folyamatot? Melyek erősítették, melyek gyengítették?
- Hol tartunk most? Melyek a legsürgősebb teendők?
- Kik lehetnének a legjobb partnerek a teendők megoldásában?
- Hogyan fog változni Magyarországon és a világban az egészségfejlesztés? Mi a jövője?
- Hogyan értékeli a hazai egészségfejlesztés kormányzati és szakmai irányítását, koordinációját, illetve finanszírozásának alakulását az utóbbi két évtizedben?

A megkérdezettek kérését tiszteletben tartva, nevük nem szerepel a dolgozatban.

Az interjúkból markánsan kirajzolódik, hogy az egészségfejlesztés kormányzati, szakmai irányítását legfőképpen a hullámhegyek és hullámvölgyek jellemezték. A vezető szakpolitikusok - néhány kivételtől eltekintve - éves, kétéves gyakorisággal cserélődtek, amellyel párhuzamosan maga az intézményrendszer is folyamatosan változott. Az egészségpolitikusok személyes érdeklődésétől, motivációjától függően alakultak a népegészségügyi programok; sok ígéretes elképzelés a személyi változások miatt vált sikertelenné még azelőtt, hogy intézményi feltételei adottá váltak volna. A népegészségügyi programok tervezésekor hiányzott a projektszemlélet, kevés programnak volt monitorozási és értékelési terve, illetve nem készültek kommunikációs tervek sem. Az egészségfejlesztési gyakorlatra még korszerű elméleti megalapozás esetén is az volt jellemző, hogy a magas rizikójú megközelítések, elsősorban a szűrési, gondozási programok éltek túl a kiszámíthatatlan változtatásokat. Az időnként kiemelkedő színvonalú szakmai tevékenység és a nemzetközileg elismert képzőhelyek működésének ellenére az egészségfejlesztésnek nem lett igazi hazai szakemberbázisa.

Egyetlen kormányzat sem érezte magáénak az egészségbe történő befektetés koncepcióját, és minden kormány adós maradt az

egészséghatás-vizsgálatok megrendelésével. Az ágazatköziség megvalósulását akadályozták a folyamatos személycserék, az intézményi struktúra állandó átalakítása, leépítése, a partnerségi együttműködés kultúrájának hiánya és a források bizonytalansága, miközben – minden interjúból is – nyilvánvalóvá vált az egészségi állapotban meglévő egyenlőtlenségek tarthatatlansága. Az elmúlt harminc év népegészségügyi programjaiban célzott erőforrás allokáció az elszegényedőket célzó interszektorális munkára nem történt. A népegészségügyi programok elsősorban a középosztályt érték vagy érthették volna el. Az egészségfejlesztés magyarországi jövőjével kapcsolatosan ide kívánczik egyik interjúalanyom megállapítása: „Lesz egészsége és egészségfejlesztése mindazoknak, akik ezt saját személyes forrásból meg tudják fizetni. A társadalom hátrányos helyzetű csoportjai számára azonban maradnak a kampányesemények – a választási szavazat-maximálás érdekében”. Minimálisan tízéves programok csak pontos tervezés és a program teljes időtartamára biztosított költségvetés mellett képzelhetők el. Az éves költségvetési logika hiteltelenné teszi a hosszú távú programok megvalósítását még akkor is, ha azok jól tervezettek és előrehaladásuk is megfelelő.

### **3. A hazai egészségfejlesztés újjászervezésének feltételei**

A nemzetközi és a hazai helyzet elmúlt harminc évének összegzése alapján megállapítható, hogy az Ottawai Karta ma is

iránymutató dokumentum. Megállapításai a mai napig érvényben vannak:

- a lakosság egészségének javítása egészségbarát közpolitikák, az egészségért viselt összkormányzati felelősség nélkül elképzelhetetlen;
- az egészség környezeti és társadalmi kockázatainak mérséklése döntő hatást gyakorol a halálozási és megbetegedési mutatók csökkentésére;
- a közösségi, civil összefogás serkenti az egészség érdekében vállalt politikai elkötelezettséget;
- az egyéni képességek fejlesztésével érhető el, hogy a mindennapok döntéseiben az egészség választása legyen a könnyebb választás;
- az egészségügyi rendszer nyitottabbá, átláthatóbbá tétele, igénybevevőinek életmódjára, kulturális és szociális viszonyaira figyelő attitűdje segít a megelőzés és gyógyítás hatékonyságának növelésében.

Hazánknak jelenleg nincs elfogadott hosszú távú népegészségügyi, egészségfejlesztési programja. Az elmúlt harminc év hazai gyakorlatának áttekintése, értékelése alapján egy új népegészségügyi program megtervezéséhez az alábbi szempontok figyelembevétele alapvető.

**Először:** fel kell ismerni, hogy az egészség megőrzése, fejlesztése nem más, mint befektetés. Mindez az uralkodó

szemlélet megváltoztatását feltételezi. Az egészségfejlesztés, de az egész népegészségügy többé nem lehet pusztán egy a pazarlónak tekintett jóléti szolgáltatások közül. Nem lehet „nem termelőként” lebecsült ágazat, a megszorítások örökös áldozata, az államháztartási hiány „bűnbakja”, vagy éppen politikai érdekharcok terepe. Szakítani kell az egészségügy makrogazdasági súlyát lebecsülő, szűklátókörű szemlélettel, és az egészségügyet a társadalom szempontjából betöltött valós szerepe alapján kell a prioritások közé emelni. Ezt segítené elő, ha minden ágazati törvény előkészítéséhez megfelelő színvonalú egészséghatás becslés kapcsolódna.

**Másodsor:** alkalmazkodni kell a globális trendekhez. Az egészség szerepe felértékelődik a nemzetközi kapcsolatokban, a globális találkozók napirendjén. Ma az egészségfejlesztésnek van biztonsági vetülete (az ismeretlen kórokozók okozta járványok megbéníthatnak országokat, földrészeket), gazdasági hatása (az egészségügyi szektor, az egészségipar a világon 7 ezer milliárd dollárt „termel” évente), vannak külpolitikai összefüggései (nemzetközi egyezmények születnek a kockázatok csökkentésére) és emberi jogi, szociális oldalai (hiszen az egészségben meglévő egyenlőtlenségek jövedelmi, szociális különbségeket képeznek le). Bizonyos mértékig az egészségdiplomácia, mint új diszciplína integrálhatja az egészségfejlesztés globális összefüggéseit. Ezért is fontos lenne vállalni az úgynevezett „okos”, egészség-orientált kormányzás Európában terjedő

gyakorlatát. Ennek elősegítésére indokolt lehet egy hazai konszenzuskonferencia megrendezése is, amely a globális tendenciákat követve korszerűsítené a népegészségügy és az egészségfejlesztés, valamint a kapcsolódó fogalmak meghatározását.

**Harmadszor:** kapacitást, tudást kell „építeni”. A korszerű ismeretekkel rendelkező népegészségügyi szakemberek kritikus tömege segíthet változást elérni – ha foglalkoztatásukra van kormányzati megrendelés.

**Negyedszer:** az egészségcélú civil szervezetek, szintéregyesületek újjáélesztése, működésük ösztönzése, jogaik bővítése esélyt adhat arra, hogy többszereplős döntés-előkészítés, ésszerű feladatmegosztás alakuljon ki az egészségfejlesztésben.

**Ötödször:** érdemes alkalmazni a világban bevált recepteket. Az Észak – Karéliei Projekt módszerei, akciósorozata a siker esélyével megvalósítható egészségfejlesztés irányaira ad mintát. Van már modernebb, például a hozzánk hasonló adottságú Írországból kialakított program, amely szintén tanulmányozásra érdemes.

#### **4. Az értekezés új tudományos eredményei**

Munkám újdonságai közül elsőként azt emelem ki, hogy az egészségpolitikán belül kialakult szakpolitikai irány, az egészségfejlesztés magyarországi történetéről korábban nem készült elemzés.

Új megállapítások:

A) Politikai megrendelés és elkötelezettség hiányában az egészségfejlesztés nem vált a hazai társadalompolitikai gondolkodás integráns részévé, a többi közt azért sem, mert a döntéshozók (nota bene a lakosság) szemléletében továbbra is az a paradigma él, hogy az egészségért az egészségügyi rendszer a felelős. A helyzetet jól jellemzi, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény korszerű egészségfejlesztési felfogását az alacsonyabb szintű jogszabályok és programok csak részben vagy egyáltalán nem vették át.

B) Az egészségügy irányítóinak hagyományos biomedikális szemlélete és a vertikális szerkezetű, állami túlsúlyra épülő irányítási kultúra fékezte az egészségfejlesztésben nélkülözhetetlen ágazatközi gondolkodás, mechanizmusok és az ezeken alapuló, az egészségügyi szektor határait meghaladó össz-

kormányzati felelősségvállalás megjelenését.

C) Magyarországon a szakpolitika irányultsága az egészségfejlesztés (népegészségügy) tekintetében erőteljesebben kiszolgáltatott volt az egyes kormányok ideológiai beállítódásának, mint a nemzetközi elvárásoknak. Hiányzott annak belátása, hogy az egészségfejlesztés hosszú távú befektetés, ami egy-egy politikai ciklus lezárásakor (még) nem hoz kommunikálható eredményeket.

D) A modern egészségfejlesztési elvek érvényesülését a politikai bizonytalanság és a gazdasági recesszió nehezítette (ígéretes népegészségügyi programok csak progresszív politikai folyamatok, illetve növekvő gazdaság időszakában keletkeztek: 1986–1989, 2001–2003). Tanulság volt, hogy hosszú távú költségvetési garancia nélkül nincs fenntartható egészségfejlesztés sem.

E) Az egészségfejlesztés rövid, felívelő időszakaiban sem fókuszált a társadalom sérülékeny csoportjaira, legfeljebb az ellátáshoz való hozzáférésük javításával próbálkozott.

F) A civil szféra fejletlensége, a fenntartható forrásteremtéshez nélkülözhetetlen erős középosztály hiánya, valamint az üzleti vállalkozások túladóztatása hozzájárult ahhoz, hogy az egészségfejlesztés állami intézményeinek átalakításakor,

nemzetközi forrásainak kimerülésekor és központi költségvetési kereteinek leépítésekor az elkezdett projektek félbeszakadjanak.

G) A hazai egészségfejlesztés újjáépítésének feltétele a szakítás az egészség makrogazdasági súlyát lebecsülő szemlélettel; a globális egészségtrendek felismerése, a hozzájuk való alkalmazkodás; egészségbarát kormányzati struktúrák és gyakorlat létrehozása; a népegészségügyi (egészségfejlesztési) szakembergárda „kritikus tömegének” létrehozása és kormányzati tanácsadóként történő alkalmazása, valamint a civil szervezetek működésének ösztönzése.

## **5. Köszönetnyilvánítás**

Szakmai és közéleti pályafutásomat – a gyakorló orvosi kezdetek után – végigkísérte az egészségfejlesztés, illetőleg a népegészségügy. Oldalakat tölthetne meg azoknak a szakmai és politikai szereplőknek a névsora, akik felkeltették és folyamatosan fenntartották az egészségfejlesztés iránti érdeklődésemet, azonban terjedelmi okok miatt csupán néhány személynek tudok külön köszönetet mondani.

Köszönet illeti Ilona Kickbusch professzor asszonyt (The Graduate Institute of International and Development Studies), aki korábban a WHO munkatársaként az egészségfejlesztés modern

koncepcióját kidolgozta és három évtizedes munkakapcsolatunkban elősegítette szemléletem formálódását. Halfdan Mahler és néhai Jo E. Asvall, a WHO globális és európai vezetőiként sokat tettek azért, hogy a világszervezet egészségbarát társadalompolitikát ajánljon a tagállamoknak. Csehák Judit többszörös miniszterként a magyar egészségfejlesztés intézményrendszerének és stratégiáinak kimunkálásában úttörő szerepet vállalt. Közvetlen munkatársaként korszerű szakpolitikai látásmódot, az új iránti nyitottságot tanulhattam meg tőle. Jakab Zsuzsanna nemzetközi köztisztviselőként, államtitkárként, jelenleg a WHO európai igazgatójaként támogatta munkámat. Ádány Róza professzor asszony következetes munkája és elszántsága hozta létre, majd emelte nemzetközi rangra a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karát. Professzor asszony már parlamenti tevékenységem során is kiváló tanácsaival segített, később lehetőséget nyújtott arra, hogy a kar egészségpolitikai oktatójaként működjek, és jelen értekezést megírjam. Nagyra értékelem névtelenséget kérő interjúalanyaim értékes gondolatait. Nagyon köszönöm Magyar Árpádné és Köbli Anikó technikai segítségét.

Végül, de nem utolsó sorban hálával tartozom feleségemnek, Stiller Máriának, aki egész pályafutásom során, így e dolgozat megírásakor is igaz társként állt mellettem.





Nyilvántartási szám: DEENK/154/2015.PL  
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Kókény Mihály  
Neptun kód: GQLXYG  
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

### A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. Kickbusch, I., **Kókény, M.**: Global health diplomacy: five years on.  
*Bull. World Health Organ.* 91 (3), 159, 2013.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118596>  
IF:5.112
2. **Kókény, M.**: Ottawa revisited: 'enable, mediate and advocate'.  
*Health Promot. Int.* 26 (suppl 2), ii180-ii182, 2011.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dar065>  
IF:1.942

### További Közlemények

3. **Kókény, M.**: Negotiating the WHO reform process.  
In: Pathways to Global Health: Case Studies in Global Health Diplomacy. Szerk.: I. Kickbusch, S.A. Matlin, World Scientific Publ Co Pte Ltd, Singapore, In press, p 1-14, 2014.
4. **Kókény M.**, Pusztai Z.: Az egészségdiplomácia nemzetközi színtereit.: Egyesült nemzetek szervezete, Európai Unió, Egészségügyi Világszervezet.  
In: Egészségdiplomácia. Szerk.: Ádány Róza; Kókény Mihály, Ilona Kickbusch, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 145-173, 2014.
5. **Kókény, M.**: Sustainability.  
In: Constructive Conversation about Health, Policies and Values. Szerk.: Marshall Marinker, Radcliff Publishing, Oxford, 129-137, 2006.





6. **Kökény M.**: Javaslat a megelőzés reformjának főbb elemeire.  
*Népegészségügy. 70 (5), 257-269, 1989.*
7. **Kökény M.**: Az egészségmegőrzés I. nemzetközi konferenciájának tanulságai: Ottawa, 1986 nov. 17-21.  
*Orvosképzés. 63, 95-99, 1988.*
8. Forgács, I., **Kökény, M.**: Towards a new health policy in Hungary..  
*Health Policy. 8 (2), 183-192, 1987.*
9. **Kökény, M.**: Promoting health in Hungary.  
*Health. Promot. 2 (3), 292-303, 1987.*
10. **Kökény, M.**, Gyárfás, I., Makara, P., Kishegyi, J.: The role of health promotion in prevention policy against cardiovascular diseases in Hungary.  
*Health. Promot. 1 (1), 85-92, 1986.*
11. **Kökény M.**: Finnországi tanulmányút.  
*Orv. Hetil. 126, 161-162, 1985.*
12. Gyárfás I., **Kökény M.**: A szív- és érrendszeri halandóság befolyásolásának lehetőségei.  
*Népegészségügy. 64 (5), 273-281, 1983.*

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 7,054**

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 7,054**

A DEENK a Jelölt által az IDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2015.08.12.

