

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

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

Dr. Kökény Mihály



DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
Debrecen, 2015

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	2
2. Irodalmi áttekintés: az egészségfejlesztés nemzetközi előzményei	5
2.1. Az idült, nem fertőző betegségekkel kapcsolatos epidemiológiai ismeretek fejlődése	6
2.2. Szakpolitikai előzmények	11
A Lalonde jelentés (1974)	11
Az Alma-Atai Nyilatkozat (1978)	13
Az Ottawai Karta (1986)	15
3. Az egészségfejlesztés hazai megjelenése és fejlődése (1986–2013: irodalmi és szakpolitikai áttekintés)	20
4. A népegészségügyi szakemberekkel készült interjúk elemzése	46
4.1. Módszer	46
4.2. Eredmények: az interjúk tartalmának összefoglalása	47
Terminológiai megfontolások	47
Vélemények az egészségfejlesztés kormányzati-szakmai irányításáról	48
A népegészségügyi programok az interjúalanyok szemével	50
Az egészségfejlesztési gyakorlat általános értékelése	53
Az egészségfejlesztési programokhoz rendelt erőforrások	58
Az egészségfejlesztési programok magyarországi tudományos és civil háttere	61
Az egészségfejlesztés finanszírozása	63
Ágazatköziség és interdiszciplinaritás	67
A népegészségügyi, egészségfejlesztési programok célcsoportjai és az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek	68
A társadalmi-gazdasági változások hatása a népegészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységre	69
Vélemények az egészségfejlesztés magyarországi jövőjéről	70
5. Megbeszélés	72
6. A hazai egészségfejlesztés újjászervezésének öt feltétele	81
7. Az értekezés új tudományos eredményei	83
8. Összefoglalás – Summary	85
9. Summary	86
10. Tárgyszavak	87
11. Köszönetnyilvánítás	88
12. Irodalomjegyzék	89
Függelék: A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények	98

1. Bevezetés

Az egészségfejlesztés új szakpolitikai gondolkodás, szemlélet és módszertan megjelenését és meghonosodását jelenti. Konceptiója a múlt század nyolcvanas éveinek elején, az egészségügyének akkor világszerte terjedő medikalizációjára adott válaszként született az Egészségügyi Világszervezet (WHO) műhelyeiben.

Az egészségfejlesztés fogalmának meghatározására számos nemzetközi fórum, szakmai műhely vállalkozott az elmúlt évtizedekben. Ehelyütt az Országos Egészségfejlesztési Intézet 2008. évi – a WHO glosszárium fordításán alapuló – kiadványának definícióját idézem:

„Az egészségfejlesztés 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. (1).”

Az egészségfejlesztés fenti értelmezése az 1. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián (Ottawa, 1986) elfogadott zárónyilatkozat szövegén (az Ottawai Kartán) alapul (2). A kanadai fővárosban egészségpolitikusok és szakemberek kormányközi rendezvényen, a WHO történetében első alkalommal és innovatív módon fogalmazták meg a politika felelősségét az egészségért, kiemelve a támogató környezet fontosságát, a közösségek és az egyén szerepét, és állást foglaltak az egészségügyi szolgálatok megújítása mellett. Az Ottawai Karta tartalmát az értekezés későbbi részében elemzem.

Magyarország volt az egyetlen államszocialista ország, amely 1986-ban ott bábáskodott az Ottawai Karta megszületésénél és – Kelet-Közép-Európában egyedülként – alig egy évvel később, az új irányvonalat követő önálló egészségfejlesztési kormányprogrammal állt elő.

A már 1987-ben lefordított és publikált Ottawai Karta (3,4) szellemisége megjelent az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjáról szóló 1063/1987. (XII.10.) MT határozatban.

Értekezésem célja annak bemutatása, hogy az elmúlt három évtizedben (az ottawai konferenciától a dolgozat lezárásáig, 2013. december 31-ig) hogyan alakult az egészségfejlesztés helyzete, az Ottawában elfogadott alapelvek gyakorlatba történő átültetése

Magyarországon. Arra is választ kerestem, hogy mennyire sikerült a nemzetközi trendeket követni. Érdekesnek látszott megvizsgálni, miért válhatott hazánk az egészségfejlesztés kelet-közép-európai úttörőjévé egy átmeneti időszakban, illetve milyen okok vezettek ahhoz, hogy az előrehaladást visszaesések követték. Elemezni kívántam továbbá, hogy a globalizáció kihívásainak megfelelően változó nemzetközi egészségfejlesztési trendekhez hogyan alkalmazkodott Magyarország.

Ennek érdekében törekedtem arra, hogy munkám áttekintést nyújtson a legfontosabb nemzetközi és hazai szakpolitikai/módszertani dokumentumokról, és korábban vezető magyar népegészségügyi szakemberekkel, szakpolitikussal készített interjúk alapján mutassa be és értékelje az egészségfejlesztés elméletének és gyakorlatának érvényesülését.

Azt feltételeztem, hogy az egészségfejlesztés hazai megítélése, s ennek megfelelően gyakorlata a vizsgált időszak nagy részében nem felelt meg a globális kihívásoknak, legfeljebb csupán rövid periódusokban (1986–1989, 2001–2003) közelített a nemzetközi elvárásokhoz. A kuratív medicina politikai lobbijereje mindig erősebb volt, mint az egészségfejlesztőké, ezért kormány- és miniszteri egészségügyi programokban az ellátás fejlesztése, reformja állt a középpontban. Az egészségfejlesztés jórészt az egészségügyi ágazaton belül maradt, kormányzati képviselője a peremre szorult.

Ha az egészségügy megszorítások áldozatává vált, a környező országokhoz hasonlóan (visegrádi négyek) az egészségfejlesztés amúgy is szerény intézményrendszerét és forrásait az elsők között szűkítették vagy zárolták.

Meg kell jegyezni, hogy az egészségfejlesztés elmúlt negyedszázadának hazai gyakorlatában sajátos fogalmi keveredés figyelhető meg: az egészségfejlesztés, a népegészségügy, de bizonyos értelemben a betegségmegelőzés is szinonimaként szerepel a dokumentumok, sőt a szakemberek szóhasználatában is. A dolgot sem tesz mindenhol különbséget egészségfejlesztés és népegészségügy között, elsősorban akkor, amikor az elemzett népegészségügyi dokumentumok, politikák az egészségfejlesztésre fókuszáltak. A health promotion kifejezést kezdetben egészségmegőrzésnek fordítottuk, majd a kilencvenes évek második felétől egyre inkább a dinamikusabb egészségfejlesztés nyert polgárjogot. A 2000 után megjelent új terminusok, pl. az egészség társadalmi determinánsai, az

egészségbarát kormányzás pedig szinte egyáltalán nem fellelhetők a hazai szakpolitikai nyelvben.

Az értekezésben – mely következtetéseiben egyebek között arra jutott, hogy a forrásteremtés és allokáció elvi megalapozása, a közgazdasági gondolkodásmód szempontjainak kellő mérlegelése a magyar népegészségügy megújulásának alapfeltétele – reményeim szerint sikerült bizonyítanom, hogy a pénzügyi, gazdasági válságból való kilábalás nyomán az egészségfejlesztésben is a ráfordítások, a költséghatékonyság új, szakszerű, széles látókörű megközelítésére van szükség Magyarországon.

2. Irodalmi áttekintés: az egészségfejlesztés nemzetközi előzményei

2.1. Az idült, nem fertőző betegségekkel kapcsolatos epidemiológiai ismeretek fejlődése

A XX. század közepére nyilvánvalóvá vált, hogy a megbetegedési és halálozási struktúra a fejlett nyugati országokban alapvetően megváltozott; a fertőző betegségek okozta halandóságot visszaszorította az idült, nem fertőző betegségekből adódó halandóság. A halandóság okainak megismerésére széleskörű nemzetközi kutatások kezdődtek, és az ezekből származó ismeretek alapvetően hatással voltak a népegészségügy, ezen belül az egészségfejlesztés fejlődésére, az egészségpolitikai gondolkodás átalakítására (5).

A XX. század közepén megjelenő szív- és érrendszeri megbetegedések, illetve halandóság okainak kutatása világított rá arra, hogy bizonyos biológiai tulajdonságok, életmód elemek szoros kapcsolatban vannak a megbetegedési és halálozási viszonyokkal, és ennek alapján, egyebek között a Framingham tanulmányban nyert elfogadást a kockázati tényezők vagy más néven rizikófaktorok szerepe (6).

A kulcsfontosságú kutatási előzmények közé tartozik a Hét Ország Vizsgálat (Seven Countries Study), amely 1958 és 1970 között hét ország tizennyolc központjában vizsgálta a 40–59 év közötti férfiakat (7). A kutatás arra volt kíváncsi, hogy a különböző populációkban az eltérő szívizom infarktus és agyi érkatasztrófa (stroke) gyakoriság milyen kapcsolatban van a biológiai kockázati tényezőkkel és az életmóddal, az életmódban különös hangsúlyt fektetve a táplálkozásra, ezen belül pedig a zsírfogyasztásra. A próbavizsgálat (pilot study) Finnországban, Olaszországban és Görögországban zajlott. Eredményei nemcsak a fővizsgálat megindításához nyújtottak segítséget, hanem egészségfejlesztési közösségi programok tervezését is lehetővé tették (Észak-Karéliai Projekt, Heartbeat Wales, stb.). A Hét Ország Vizsgálatban Magyarország hivatalosan nem vett részt, de a Semmelweis Egyetem IV. számú Belgyógyászati Klinikája, későbbi nevén az Országos Kardiológiai Intézet szakembergárdája (Lamm György, Gyárfás Iván, Östör Erika) közreműködött a nemzetközi kutatás utánvizsgálatában, amelyet 1965-ben és 1966-ban Gyulaváriban, Székkutason és Mártélyon végeztek (8).

A Hét Ország Vizsgálat után a nemzetközi szakmai továbblépést a WHO által koordinált MONICA¹ kutatás (9) jelentette. Ennek célja az volt, hogy mérje a szív- és érrendszeri betegségek mortalitásának trendjeit, a szívkoszorúér betegséget és az agyi érbetegségeket, és felmérje, hogyan függnek össze ezek a trendek az ismert kockázati tényezők változásaival, az életmóddal, az egészségügyi ellátórendszerrel és a legfontosabb társadalmi-gazdasági jellegzetességekkel, amelyeket azonos időben, a különböző országok meghatározott közösségeiben mértek.

Az innen származó szakmai eredmények legtömörebb és lényegében irányt szabó korai összefoglalása, és az immár alapvetéssé váló közlemény Geoffrey Rose-tól származik (10).

A feltett kérdés, hogy mitől beteg egy bizonyos ember, mi baja van és mi erre az adekvát terápia, a gyakorló orvos kérdése. Ez a kíváncsiság azonban nem választható el az epidemiológus kutató, a népegészségüggyel foglalkozó szakember kérdésétől, hogy miért betegebb egy bizonyos populáció és miért egészségesebb egy másik.

Konkrét példával illusztrálva: Rose választ keresett arra, miért magas a londoni köztisztviselők vérnyomásátlagáé és miért alacsony a kenyai nomádok vizsgált populációjában. Kutatta, miért vezet a londoni köztisztviselők magas vérnyomásátlagáé magas szív- és érrendszeri kockázathoz, míg a kenyai nomádok körében ez a betegségcsoport gyakorlatilag ismeretlen. Vizsgálta, melyek a lehetséges beavatkozási területek; vajon az hatékonyabb, ha a londoni köztisztviselők közül a már amúgy is emelkedett vérnyomásátlagú populációból „kikeressük” a legmagasabb vérnyomásúakat és kezeljük a betegségüket, vagy az, ha a londoni köztisztviselők teljes populációjának a vérnyomásátlagát csökkentjük?

A különböző népeiségek különböző rizikófaktorai megoszlási görbéjének elemzése és a beavatkozások lehetséges iránya vezetett a lakossági szintű megelőzés és a magas rizikójú megközelítés előnyeinek, hátrányainak mérlegeléséhez, és a két prevenciós stratégia kialakításához.

Az orvosok és az elsősorban egészségügyi ellátórendszerrel foglalkozó egészségpolitikusok számára a magas rizikójú megközelítés a könnyen elfogadható és értelmezhető stratégia. Ha

¹ **Monitoring Cardiovascular Diseases and their determinants:** ebben a nemzetközi adatgyűjtő programban 21 ország 32 együttműködő központja vett részt.

meghatározott szempontok mentén (pl. emelkedett vérnyomás vagy koleszterin, kóros sejtek a méhnyak kenetben, stb.) keressük a magas kockázatú vagy még fel nem ismert betegségben szenvedőket, akkor ez a beavatkozás „jó az egyénnek”, motiválja a páciens és az orvost, költséghatékonyan használja a már úgyszintén rendelkezésre álló forrásokat, továbbá kedvezően befolyásolja a rizikóprofil. Ugyanakkor azonban a szűrések megszervezése és költsége problémát jelenthet, a kockázati tényezők befolyásolása palliatív, azaz csak a tünetek enyhítésére szolgáló és nem a betegség, probléma megszüntetésére irányuló gyógymód vagy intézkedés, és csak a befolyásoló eszköz, például gyógyszeres kezelés mellett érvényesül, így nem radikális. Hatása az egyén szintjén is korlátozott, de ugyancsak limitált arra a populációra vonatkozóan, ahova a kezelt személy tartozik. A magatartás megváltoztatásának szempontjából nem kielégítő, mert ha az életmód-változtatás, a kezelési mód nem azonos a lakosság által elfogadott mindennapi gyakorlattal, lehetőségekkel, akkor az ajánlott magatartásváltoztatás fenntarthatósága kétséges.

A másik lehetséges megközelítés, ha egy-egy populáción belül egy-egy kockázati tényezővel kapcsolatosan magát a rizikófaktor értékének átlagát változtatjuk, azaz „a megoszlási görbét toljuk balra”. Rose után szabadon fogalmazva, a londoni köztisztviselők vérnyomás megoszlását közelítjük a kenyai nomádokéhoz. A kutatások azt mutatják, hogy a közösségi megközelítés lehetséges és hatékony út, ennek a népegészségügyi stratégiának azonban vannak nehézségei is. Ezek közé tartozik, hogy az alapsokaság egyes tagjai viszonylag keveset profitálnak belőle (ezt nevezte el Rose prevenció paradoxonnak), éppen ezért nem vagy alig motiválják a közösség tagjait, hiszen közvetlenül nem kapnak egyénre szabott szolgáltatást. Nem teszi érdekeltté ez a stratégia az orvostársadalmat sem, és nehezen átlátható a rizikócsökkenés mértéke. Rose ebben a közleményében az egészségügyi ellátórendszer motivációhiányát is kiemeli, de jelen dolgozat szempontjából az a kulcskérdés, hogy egy ilyen típusú változtatás lehetősége ösztönzi-e az egészségpolitikusokat, a kormányzatokat.

Amiről Geoffrey Rose nem ír, az a két megközelítés jó hatásának időigénye. Míg egy korrekt magas vérnyomás szűrési-gondozási modell kialakítása viszonylag rövid idő alatt (néhány éven belül) jól látható, mérhető eredményeket hoz, a lakosság egészére vagy meghatározott csoportjára irányuló megközelítés, a szakpolitikák egyeztetése, a horizontális intézményi kapcsolatokat, az ágazati beavatkozások miatt hosszabb időszakot igényel, ahogyan erre a későbbiekben az Észak-Karéliai Projekt kapcsán utalok.

A lakossági megközelítés nem elsődlegesen orvosi feladat, bár az erre való javaslatétel az orvos, epidemiológus, népegészségügyi szakember kompetenciája. Az ilyen típusú gondolkodás elfogadása a hatalmon lévő politikai erők felfogása, társadalomfilozófiája által meghatározott, így a megvalósítás a társadalompolitika és az ágazati szakpolitikák összehangolt működésének a következménye lehet. Ez az a pont, ahol nyilvánvalóvá válik, hogy a klasszikus értelemben vett epidemiológiai kutatás, orvosi prevenció, népegészségügy, egészségfejlesztés hogyan kapcsolódik valamennyi ágazati szakpolitikához, illetve a kormányzati politikai gyakorlathoz.

A szív- és érrendszeri betegségekkel kapcsolatos epidemiológiai ismeretek gyarapodása, az ezen a területen végzett nemzetközi kutatások eredményei és a társadalomtudományok fejlődése együttesen vezetett Finnország keleti tartományában az ún. Észak-Karéliai Projekt tervezéséhez és megvalósításához. Ez a nagy ívű, a népegészségügyben a mai napig páratlan intervenció epidemiológiai program Pekka Puska vezetésével 1972-ben kezdődött, amikor is nyilvánvalóvá vált, hogy a finn tartomány lakosainak szív- és érrendszeri megbetegedési és halálozási viszonyai, a kockázati tényezők átlaga lényegesen rosszabb, mint az amúgy rossz helyzetben lévő Finnországé összességében.

Észak-Karélia akkoriban társadalmi, gazdasági szempontból is Finnország leghátrányosabb helyzetű régiójának számított. A program lakossági petícióval kezdődött, amelyet a finn nők nyújtottak be a finn parlamenthez annak érdekében, hogy kezdődjenek összehangolt lépések az észak-karéliai férfiak megbetegedési és halálozási viszonyainak megváltoztatása érdekében. Ez az alulról felfelé történő civil kezdeményezés azonban nem jöhetett volna létre, ha a területen kutató orvos-szociológusok nem hívják fel a lakosság figyelmét arra, hogy a helyzet megváltoztatható.

A közösségi megelőzési projekt megszervezése nemzetközi szakértők bevonásával történt; az Egészségügyi Világszervezet támogatásával. Bár voltak nemzetközi előzményei, ilyen komplex, 180 ezer emberre kiterjedő, kockázati tényezőket és életmódot egyaránt befolyásoló intervenció kutatás – szoros monitorozással és értékeléssel – korábban – s tegyük hozzá, ezt követően – nem volt. Ennek eredményeként a projektben bevált módszereket egész Finnországra kiterjesztették. A húszéves értékeléskor az észak-karéliai adatok, illetve Finnország más területeinek megbetegedési és halálozási viszonyai is szignifikáns javulást mutattak; az észak-karéliai javulás kifejezettebb volt, az értékek közelítettek a Finnország

gazdagabb tartományaiban regisztrált adatokhoz. Másként fogalmazva: csökkentek a Finnország tartományai között halandóságban is megnyilvánuló egyenlőtlenségek.

Az egyes részprojektek módszerei és eredményei kötetben 1995-ben jelentek meg (11). Az észak-karéliai, illetve a finnországi megbetegedési és halálozási mutatók, valamint az aktív egészségfejlesztési tevékenység eredményei Finnország jelentős társadalmi, gazdasági fejlődéséből is következtek, és az egészségi állapot javulása nyilvánvalóan hozzájárult a felgyorsuló társadalmi, gazdasági fejlődéshez. Az észak-karéliai lakosság egészségi állapotát kedvezően befolyásolta, hogy a rizikófaktorokban mérhető kockázatokat nem csupán az „egészségnevelés módszertanával” kívánták megváltoztatni, hanem a teljes mezőgazdaságot, élelmiszeripart, foglalkoztatottságot, oktatást átalakították, tehát az egészség társadalmi környezetét javították. A projekt hatására létrejött változtatásokat a látogatói heteken részletesen bemutatták (12).

Az észak-karéliai extrém magas szérum-koleszterinszintnek az egyik legfontosabb oka a nagyon magas vajfogyasztás volt. Kiszámították, hogy amennyiben a jó gazdasági eredményeket produkáló tehenészetet és így a vajtermelést hirtelen szüntetik meg, az ott élő gazdák csődbe mennek, ezért a beavatkozások kezdetén az előállított vajnak piacot kerestek, és csak később, folyamatosan kezdték el a tehenészetek számának csökkentését, az agrárium átalakítását, a tehenészetek helyén a bogyós gyümölcsök termelését. Ehhez társult, hogy új foglalkoztatási lehetőségeket találtak, pl. a gazdáknál fogyatékos gyermekeket helyeztek el, akiknek a családba integrált gondozásáért megfelelő díjat fizettek.

Az élelmiszer-előállítás és -kereskedelem terén a vaj kiszerezését csökkentették, egyre szélesebb körben megjelentek a margarinok. A táplálkozási szokások megváltoztatása érdekében számos ágazati politikát megváltoztattak; külön ki kell emelni az amúgy is világszerte vált finn oktatás fejlesztését, amelynek keretében valamennyi újonnan épített iskolában a táplálkozási ismeretek elsajátítása érdekében tankönyhákat építettek. Természetesen meg kell említeni a „főzésért felelős asszonyok civil szervezeteinek” bevonását, az állandó médiajelenlétet és a tudományos értékkel nem rendelkező, de feltétlenül mozgósító erejű önkéntes szűréseket is, pl. a bevásárlóközpontokban. Az egyes ágazati szakpolitikák egészségközpontú megváltoztatásának gyakorlati előzményeiről viszonylag kevés közlemény jelent meg, az egyes helyi és országos szakpolitikai gyakorlati változtatásokat a „látogatói heteken” a különböző színtereken mutatták be a különböző

részterületekért felelős munkatársak. Az egészségügyi szaksajtóban elsődlegesen a projekttel kapcsolatos epidemiológiai adatok jelentek meg, a kimutatott javulás mögött meghúzódó egészséggel kapcsolatos szakpolitikai változtatásokat összességükben viszont nem elemezték, illetve nem publikálták.

Bár explicit módon soha nem jelentette ki senki, megítélésem szerint az észak-karéliai gyakorlatból is származó tapasztalatok vezettek az Ottawai Karta első legfontosabb kulcsterületének megfogalmazásához, az egészségbarát szakpolitika követelményének felállításához, és később az egészségbarát kormányzás igényéhez. Ezen a területen egyébként éppen Finnország kezdeményezte Európai Unió (EU) elnöksége idején, 2006-ban, hogy az egészség váljék minden szakpolitikában mérlegelési kritériummá: Health in All Policies (13). Brüsszel és a tagállamok azonban nem vitték konzekvensen tovább ezt a felfogást annak ellenére sem, hogy ez a gondolat az EU alapszerződéseiben is megjelent (14). Miután az EU-ban félévente más és más tagállam látja el az elnökségi feladatokat, az egyes tagállamok eltérő szakpolitikai prioritásokat jelölhetnek ki. Az egyes elnökségek által kijelölt szakpolitikai prioritások az adott ország belpolitikai értékrendjét, aktuális törekvéseit tükrözik, és csak kivételesen alapoznak meg az Európai Unió egészére vonatkozó irányvonalat. Ellentmondás, hogy az egészségügyi rendszer működtetése tagállami hatáskör, s Brüsszelnek inkább népegészségügyi kérdésekben van jogosítványa, az elnökségi egészségügyi prioritások az elmúlt években inkább az ellátáshoz vagy a veszélyhelyzetekhez kötődtek. Finnország ugyanakkor nem adta fel az egészségbarát kormányzás elterjesztésének programját, amely 2013-ban Helsinkiben a WHO-val közösen rendezett 8. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia kiemelt témája volt.

2.2. Szakpolitikai előzmények

A következő részben bemutatom a múlt század hetvenes és nyolcvanas éveinek három legnagyobb hatású, szervesen egymásra épülő egészségfejlesztési dokumentumát, amelyek a magyar szakpolitikát is befolyásolták.

A Lalonde jelentés (1974)

Az új népegészségügy egyik legtöbbet idézett dokumentuma Kanada egészségügyi és jóléti miniszterének Ottawában, 1974 áprilisában publikált munkaanyaga, melynek címe: A

kanadaiak egészségének új perspektívája (15). Ez a dokumentum is mérföldkő azon az úton, mely négy évvel később, 1978 szeptemberében az Alma-Atai Nyilatkozathoz vezetett.

Marc Lalonde fő kérdése az volt, hogy a kanadaiak egészségének javulása mennyiben függ az egészségügyi ellátórendszer jelentős, folyamatos, egyre több forrást igénylő fejlesztésétől, illetve az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése mennyiben befolyásolja magát az egészséget.

A munkadokumentumot gondolatébresztőnek szánta, elsősorban annak érdekében, hogy megkérdőjelezze az egészség ügye és az egészségügyi ellátórendszer közötti egyenlőségjel érvényességét. Szerinte szakítani kellene azzal a hozzáállással, hogy amikor a döntéshozók, szakemberek és laikusok az egészségről gondolkoznak, elsődlegesen magára az egészségügyi ellátórendszerre gondolnak. Lalonde a rendelkezésre álló statisztikai adatokra és kutatási eredményekre támaszkodva alakította ki „egészség – mező” koncepcióját (Health Field Concept). Négy tényezőt azonosított, amelyek alapján a kanadai lakosságnak, mint alapsokaságnak a megbetegedési és halálozási viszonyait elemezni, illetve változtatni, befolyásolni lehet. Lalonde terminológiája lényegében átment a nemzetközi közgondolkodásba, és a későbbi egészségmodellek ennek a négy tényezőnek a kifejtésén, szofisztikálásán alapulnak.

Az első szempont az emberi biológia, amelyet magyar fordításban genetikai háttérnek nevezünk. A második a környezet, amelyet Lalonde tágan értelmezett; a természeti, épített és társadalmi környezetet egyaránt figyelembe vette. A következő kategória az életmód, amely részben egyéni döntés kérdése, részben az egyén környezete, társadalmi, gazdasági helyzete által behatárolt. Negyedik szempontként jelölte meg az egészségügyi ellátórendszer szervezetét, és ugyancsak felhívta a figyelmet arra, hogy az ellátórendszer csak egy az egészséget befolyásoló tényezők közül.

Lalonde-nak tulajdonították, de nem ebben a dokumentumban szerepel, hogy az egészségügyi ellátás milyen mértékben határozza meg a populáció egészségi állapotát. Ilyen becslés Michael J. McGinnis és társai publikációjában (16) található: a CDC, az USA közegészségügyi központjának adatai alapján 10 %-ra tették az egészségügy felelősségét. Később többen is vizsgálták, hogy az egyes tényezők milyen arányban játszanak szerepet a megbetegedési és halálozási mutatók alakulásában és azt találták, hogy az egészségügyi

technológia fejlődésének köszönhetően az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége és minősége jóval nagyobb mértékben felelős az emberek egészségi állapotáért (17).

Lalonde a gazdasági szempontokat is figyelembe vette és kimutatta, hogy az egészség általa meghatározott négy fő területére mekkora forrást allokált a költségvetés. Kitért az egészséggel kapcsolatos kutatásokra, ugyanakkor felhívta a figyelmet arra, hogy a kutatások evidensnek tűnő, egyszerű megállapításokat támasztanak alá, amelyek jól kommunikálhatók és mindenki számára érthetőek. Példákat sorolt fel, amelyek közérthetőek és mozgósító erejűek (jobb soványnak lenni, mint elhízottnak; jobb nem dohányozni; a rendszeres sport és mozgás jobb, mint az ülő életmód és a fittség hiánya; a nyugalom jobb, mint a túlzott stressz; a kevésbé szennyezett levegő egészségesebb). Lalonde ugyanis a pozitív egészség fogalmára épített, és lényegében az ő hasonlatai alapozták meg azt következtetést, hogy a hétköznapi ember szemében akkor hatékony egy egészségfejlesztési program, ha az egészségesebb választás egyben a könnyebb választás is.

Lalonde munkájában felhívta a figyelmet a gondozás fontosságára éppúgy, mint a lelki egészségvédelemre. A vitairat végén megjelölte azokat a szereplőket is, akiknek az egészség érdekében való együttműködése alapvető, így az egészséggel kapcsolatos szakmákat és intézeteket, a tudományos élet szereplőit, az oktatási rendszert, az önkormányzati-, kormányzati rendszert, az üzleti szektort és a szakszervezeteket, az önkéntes szervezeteket és valamennyi kanadai állampolgárt. Másként fogalmazva: az egészség ügyének koncepciójában ágazatközi és multidiszciplináris együttműködésen alapuló koalíciót javasolt, valamint együttműködést a kormányzati, üzleti és civil szektor között.

Ebben a munkában jelent meg először az egészségfejlesztés, mint javasolt stratégia további négy kulcsterület mellett; utóbbiak a szabályozásra, a kutatásra, az ellátórendszer hatékonyságára és a megfelelő célok felállítására irányultak. Ezeknek a stratégiáknak a legfőbb tevékenységi területeit összesen 74 pontban fejtette ki, ahol is a legutolsó tulajdonképpen az egészség ügyével kapcsolatos fenti koncepció nemzetközi elfogadtatása, azaz az Egészségügyi Világszervezet népegészségügyi politikájának korszerűsítése volt.

Lalonde kezdeményezése 43 év távlatából is igazolhatóan sikeresnek bizonyult.

Az Alma-Atai Nyilatkozat (1978)

Az Alma-Atai Nyilatkozat (1978) a nemzetközi egészségpolitikai dokumentumok közül az egyik legfontosabb mérföldkő (18,19). Megerősíti az egészségnek a WHO Alkotmányában (1948) rögzített, mai napig használt definícióját (20). Úgy fogalmaz, hogy „az egészség – ami teljes fizikai, lelki és társadalmi jóllétet jelent, nem pedig a betegség vagy fogyatékoság hiányát – alapvető emberi jog. A lehető legjobb egészség elérése világszerte a legfontosabb társadalmi célok egyike, megvalósulása az egészségügyön kívül számos más társadalmi és gazdasági szektor közreműködését is igényli.” Ez a meghatározás az, ami megnyitja az utat az egészség társadalmi, gazdasági, környezeti, kulturális meghatározóinak vizsgálata irányában, továbbá a multidiszciplináris megközelítés alapfeltétele, ami lényegében az egészségfejlesztés koncepciójának alapja.

Alma-Atában már nyilvánvalóak az egészségi állapotban meglévő óriási egyenlőtlenségek, így a legfontosabb társadalmi célként jelenik meg az egészség javítása éppen úgy, mint az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentése. Az Alma-Atai Nyilatkozat ki is tér arra, hogy az emberek egészségének megőrzése és fejlesztése a gazdasági és társadalmi fejlődés elengedhetetlen feltétele. Megjegyzi, hogy az embereknek egyénileg és a különböző közösségek tagjaként is részt kell venniük az egészségügyi ellátás megtervezésében és megvalósításában. A korát meghaladó okmány a hangsúlyt innen kezdve döntően az egészségügyi ellátórendszerre helyezi. A deklaráció legfontosabb eleme, ami lényegében változás nélkül tovább él a nemzetközi egészségpolitikában, az egészségügyi alapellátás meghatározása. Az egészségügyi alapellátás minden ország nemzeti egészségügyi rendszerének és a lakosoknak az elsődleges találkozási pontját jelöli meg. Az alapellátás színvonala és minősége lényegében jellemző az adott ország társadalmi, kulturális és politikai körülményeire. Visszatükrözi a társadalomtudományi, orvos-biológiai, egészségügyi igazgatási, népegészségügyi tapasztalatokat, így megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújt.

Az Alma-Atai Nyilatkozat alapellátási feladatként határozza meg az egészségnevelés, az étel-miszerellátás és egészséges táplálkozás, a vízellátás, anya-csecsemő védelem és a védőoltások kérdéskörét. Kitér a mezőgazdaság, az állattenyésztés, az oktatás, a lakásépítés, a tömegközlekedés teendőire is – anélkül, hogy az ágazatközi megközelítést részletesen bemutatná.

Az Alma-Atai Nyilatkozat a maga teljességében már minden olyan szempontot tartalmaz, amelynek fogalmi rendszerbe szervezése később az Ottawai Kartában történik meg. Ez a dokumentum továbbviszi Halfdan Mahler akkori karizmatikus WHO főigazgató „Egészséget Mindenkinek 2000-re!” jelmondatát és az ebből eredő eszmeiségét (21). Később, a századforduló környékén ugyan eltűnt a határidő, de az „Egészséget Mindenkinek!” felhívás más víziókban és keretstratégiákban azóta is tovább él, például a WHO Európai Regionális Bizottságának 62. ülésén elfogadott Egészség 2020 elnevezésű dokumentumban (22).

Az Ottawai Karta (1986)

Az egészségfejlesztés bibliájának is tartott Ottawai Kartát (2) 1986 novemberében fogadta el és publikálta az 1. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. A dokumentum alcíme „Előre az új népegészségügy irányába”, egyértelműen fejezte ki, hogy egyfelől kimerültek a biomedikális szemlélet dominanciájának tartalékai, másfelől az alma-atai dokumentumhoz képest olyan alapvetés készült, amely elsődlegesen magával az egészséggel, az egészség ügyével foglalkozik. Az Ottawai Karta elfogadásának idejére azonban már nyilvánvalóvá vált, hogy nem tartható az Egészséget Mindenkinek 2000-re! című felhívás időrendje, ezért a határidőt meghosszabbították, azzal, hogy hozzátették: 2000-re és azon túl!

Érdekesség, hogy az UNICEF, az ENSZ Gyermekalapja és a WHO által közösen szervezett alma-atai konferencia záródokumentumát a részt vevő 134 ország, így valamennyi egykori szocialista ország egyhangúan fogadta el 1978-ban. Nyolc évvel később, az utóbb népegészségügyi fordulatként értékelt Egészségfejlesztés Ottawai Kartáját megalkotó WHO konferenciáról (1986) már távol maradt – Magyarország kivételével – az összes szocialista ország. Ez a nyilatkozat ugyanis már sorra vette az egészség előfeltételeit, társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti meghatározóit, és egészségbarát közpolitikákat sürgetett. Az egészség és a társadalmi igazságosság, egyenlőség összefüggéseit feszegette, ami túllépett az akkori államszocialista gondolkodás tűréshatárán (23).

Az Ottawai Karta az egészségfejlesztés fogalmát olyan folyamatként definiálja, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. Ez a dokumentum nevesíti először, hogy az egészség a mindennapi élet erőforrása, ezzel nyilvánvalóvá teszi, hogy ennek garantálása nem lehet egymagában az egészségügyi ágazat

kötelezettsége. Vagyis: az egészségért ágazatok, közösségek sokasága felelős. Ez az első olyan nemzetközi dokumentum is, amely egyértelműen meghatározza az egészség előfeltételeit. Ezek: a béke, lakhatás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, a társadalmi igazságosság és egyenlőség.

Az egészségfejlesztés érdekében az Ottawai Karta három kívánatos cselekvési irányt határozott meg:

- „propagálni” kell, hogy minden politikai, gazdasági, stb. tényezőnek lehet/van egészséghatása;
- módot kell adni az egészségi állapotban mutatkozó különbségek csökkentésére és ennek mindkét nemre egyformán kellene vonatkoznia;
- közvetíteni kell az ágazatok, szakmai és társadalmi csoportok között az egészség előmozdítása érdekében.

Az Ottawai Karta rögzítette az egészségfejlesztés öt legfontosabb területét:

- az egészséget szolgáló közpolitikáról szóló követelményre alapozva indultak el az egészség-hatásvizsgálatok, illetve alakult ki az Egészséget minden szakpolitikába (Health in All Policies) és az egészségbarát kormányzati koncepció;
- a kedvező környezeti feltételek kialakításáról vázolt gondolat volt a gyökere az azóta mind szélesebb körben meghonosodó színtér programoknak, amelyek az egészséges város, egészséges iskola, egészséges munkahely, egészséges kórház, stb. mozgalomban jelentek meg;
- a közösségi tevékenységek erősítése lényegében azt jelenti, hogy a közösségben meglévő emberi és anyagi erőforrások fejlesztésével az egészség érdekében történik az együttműködés;
- az egyéni képességek fejlesztése az egészséggel kapcsolatos ismeretek elsajátítását, a készségek élethosszig tartó fejlesztését jelenti;
- az egészségügyi ellátórendszer átszervezésének igényében az alma-atai szellem jelenik meg az egészségügyi szolgálatok megelőzés-központúvá tételével.

A dokumentum még a globalizációs hatások manifesztálódása előtt nyilvánvalóvá tette azokat a kölcsönhatásokat, amelyek napjainkban sem veszítették érvényüket: „Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élete színterein, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik és

szerepet. Az egészség azáltal keletkezik, hogy az ember törődik saját magával és másokkal, hogy képes döntéseket hozni és életkörülményeit kézben tartani, továbbá bizonyos afelől, hogy a társadalom, amelyben él, olyan feltételeket teremt, amelyek lehetővé teszik az egészség elérését valamennyi tagja számára”.

Bár az Ottawai Konferenciát több hasonló rendezvény követte, hozzá hasonló paradigmaváltás egyikhez sem köthető. A kanadai fővárosban született kartát Lester Breslow a fertőző betegségeket megelőző intézkedések és az idült, nem fertőző betegségek prevalenciájának csökkenéséhez vezető életmód-változások után a harmadik népegészségügyi forradalom nyitányának tekintette (24). Tette ezt azért, mert Ottawában az egészséget az egyént övező társadalom kontextusában értelmezték.

Már Breslow cikkében felmerült az egészségfejlesztés és a kapcsolódó fogalmak újradefiniálásának igénye. A szakemberek az egészségfejlesztést a népegészségügy egyik sajátos területének tekintik. Abból indulnak ki, hogy az egészség javítására számtalan lehetőség, út kínálkozik, és Charles-Edward Amory Winslow 1920-ból származó értelmezése szerint „a népegészségügy a betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának és az egészség előmozdításának tudománya és művészete, a társadalom, a közösségek és az egyének tudatos választása és szervezett erőfeszítései révén.”(25). S bár ez a mai napig elfogadott meghatározás, biomedikális fogantatása ellenére társadalmi összefüggésekre is utal, az elmúlt évtizedek fejleményei (globális egészségkihívások erősödése és politikai vitái) alapján érdemes lenne megfontolni: nem inkább az egészségfejlesztés, mint az egészségre szakosodott társadalompolitika-e az általánosabb körű fogalom, amelyhez a népegészségügy is tartozik. Az is további mérlegelést igényel, mennyire választható el egymástól az egészség társadalmi, gazdasági és kulturális meghatározóira fókuszáló gondolkodás (és szakpolitikai gyakorlat), valamint az egészségügyi rendszer kompetenciája. Hozzáteszem, ez a dilemma Rose munkássága óta végigkíséri az egészségfejlesztés nemzetközi és hazai fejlődését. A vita – a nemzeti egészségpolitikákban (és Magyarországon is) – még tart, de az kétségtelen, hogy az egészségben egyre növekvő egyenlőtlenségek mérséklésére önmagukban még a jól működő egészségügyi ellátórendszerek sem alkalmasak.

A következő nagy lépés 2008-ban volt, amikor a WHO közzétette a Sir Michael Marmot irányításával, az egészség társadalmi determinánsairól készített, úgynevezett Marmot-jelentést (26), amely rendkívül bátran vetette fel a hatalmon levők felelősségét az egészség-

egyenlőtlenségek háttérében kimutatható jövedelmi és elosztási különbségekért. Ez a dokumentum is hozzájárult ahhoz, hogy az egészségfejlesztés hangsúlya a közösségi megmozdulások és az egészségügyi szolgálatok preventív felelőssége felől áttolódott az egészség strukturális meghatározóinak befolyásolhatóságára. Nemzeti keretek között ez az egészségügyön kívüli szektorokkal kívánatos együttműködést értékelte fel, globálisan viszont az egészséget érintő nemzetközi döntésekre való felkészülés területén nyitott cselekvési teret. Kialakult az egészségdiplomácia szaktudománya.

Magyarország képviselői már Ottawában és a 2000 előtt tartott egészségfejlesztési tanácskozásokon aktív, kezdeményező szerepet vállaltak (27,28). 1986-ban Ottawában az első konferencián a magyar delegációt az egészségügyi miniszterhelyettes vezette, majd a II. (1989. évi) és IV. (1997. évi) konferenciákon a hazánkat képviselő miniszterelnök-helyettes, illetve egészségügyi miniszter a rendezvény alelnöki feladataira is felkérést kapott. Az ezredforduló után azonban a magyar részvétel szakértői szintre korlátozódott. Az elfogadott dokumentumok hazai megismertetésére és gyakorlatba való átültetésére csupán az első konferenciákat követően történt kísérlet – részleges és átmeneti eredményekkel (29).

A WHO globális egészségfejlesztési konferenciáit és azok eredményeit az 1. táblázatban foglaltam össze a WHO honlapján található információk alapján (30):

1. táblázat: A WHO globális egészségfejlesztési konferenciái és záródokumentumai

Konferencia	Záródokumentum
1986: I. Nemzetközi Egészségfejlesztési (egészségmegőrzési) Konferencia (Ottawa)	Elfogadják az egészségfejlesztés Ottawai Kartáját, amely öt kiemelt stratégiai irányt jelöl ki, ezen belül az „egészségbarát szakpolitikák” és „az egészséget támogató környezet” kialakítását.
1988: II. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Adelaide)	Megszületik az egészségbarát közpolitika adelaide-i javaslata, amely egyértelmű kiállítás az egészség és az egyenlőség elve mellett minden szakpolitikában és a különböző szakpolitikák egészséghatásainak beszámoltathatóságát tűzi ki célul.
1991: III. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Sundsvall)	Elfogadja az egészséget támogató környezetre vonatkozó Sundswalli Állásfoglalást, amely hangsúlyozza, hogy mindenkinek van szerepe az egészségbarát környezet kialakításában és kiemeli a közösségek jelentőségét.
1997: IV. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Jakarta)	Megszületik a Jakartai Deklaráció az Egészségfejlesztés vezetésével a XXI. században címmel. Az előző deklarációkhoz képest lényegesen nagyobb teret szentel az alacsony és közepes jövedelmű országoknak, kiemeli, hogy a köz- és a magánszektorok egyaránt hozzá kell járulnia az egészség fejlesztéséhez, és kiemeli az egészségfejlesztésben a partnerség fontosságát.
2000: V. Globális Egészségfejlesztési Konferencia (Mexico City)	Elfogadja a mexikói egészségfejlesztési miniszteri állásfoglalást: az Elvektől az akciókig címmel. Meghatározza a legfontosabb akciókat, hogy az egészségfejlesztést prioritásként kell kezelni a helyi, regionális, nemzeti és nemzetközi szakpolitikákban és programokban, és felhívja az Egyesült Nemzetek szakosított szervezeteit, hogy fejlesztéspolitikájuk legyen beszámoltatható az egészséghatással kapcsolatban is.
2005: VI. Globális Egészségfejlesztési Konferencia (Bangkok)	Elfogadja a Globalizált Világ Bangkoki Egészségfejlesztési Kartáját, megerősíti az Ottawai Karta alapelemeit, értékeit és ezeket kiterjeszti a globalizálódó világ fejlesztéspolitikájára. Az egészségfejlesztést a kormányok alapvető felelősségeként jelöli meg és hangsúlyozza a jó együttműködési gyakorlatok szükségességét. Felhívja a globalizált világ irányítóinak figyelmét a kereskedelem, a termékek, a szolgáltatások és a marketing stratégiák lehetséges káros hatásaira is.
2009: VII. Globális Egészségfejlesztési Konferencia (Nairobi)	Elfogadja a Nairobi Cselekvési Felhívást az egészségfejlesztés megvalósításában a nemzetállamok közötti jelentős különbségek megszüntetésére. Felhívja a kormányzatokat, hogy az egészségfejlesztést tegyék a kormányzati szakpolitikák és fejlesztési tennivalók részévé, de szól a civil világ teendőiről, az egészségfejlesztés kapacitásainak fejlesztéséről is.
2013: VIII. Globális Egészségfejlesztési Konferencia (Helsinki)	Az egészségfejlesztés két és fél évtizedes örökségére építve a zárónyilatkozat újra felveti az egészség szempontjainak minden szakpolitikában való érvényesítését, követelményként szabja az átláthatóságot. Szót emel az egészség egyenlőtlenségeinek felszámolása érdekében.

3. Az egészségfejlesztés hazai megjelenése és fejlődése (1986–2013). Irodalmi és szakpolitikai áttekintés

A magyar népesség halálozási viszonyai az 1960-as években még azonosak voltak a szomszédos Ausztriáéval. Ettől kezdve azonban a nyugati országok születéskor várható élettartama rohamosan emelkedett, míg Magyarországon ez a növekedés lassult, sőt férfiak esetében 1993-ig csökkent.

A Központi Statisztikai Hivatal halálozással kapcsolatos adatgyűjtési rendszerei lehetővé tették mind a hazai trendek elemzését, mind pedig a nemzetközi összehasonlítást. Forgács Iván közleményéből tudjuk, hogy a döntéshozók nemcsak hogy érzékelték a helyzetet, de 2000-ig szóló prognózis-tanulmány is készült, amelyet Forgács Iván szakmailag jó és reális helyzetelemzésként értékelt 2000-ben (31). Az eredeti tanulmány titkos volt, kevés példányban készült, nem fellelhető.

Az államszocializmusnak nem állt érdekében az egészségügyi ágazaton túllépő, az egészségi kockázatok társadalmi és gazdasági okait feltáró és befolyásolni kívánó magatartás, hiszen ezzel a rendszer filozófiai alapjainak gyengeségeit ismerték volna el. Ugyanakkor a 1980-as évek elejétől számos társadalomkutatói eredmény látott napvilágot (Kolosi Tamás, Kulcsár Kálmán, Szalai Júlia, Kemény István) a magyar társadalomról, a társadalmi rétegződésről, a különböző társadalmi beilleszkedési zavarokról. A Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Intézetében Losonczy Ágnes az egészségmagatartásról írt (32). Az évtized közepén a népegészségügygel foglalkozók körében „szamizdat”-ként terjedt Józán Péter munkája a fővárosi kerületek halálozási mutatóiban meglévő különbségekről, amely már akkor nyilvánvalóvá tette például, hogy mekkora eltérések lehetnek egy rózsadombi (II. kerületi) és egy józsefvárosi (VIII. kerületi) férfi élettartamában (33).

A magyar kutatók részt vehettek nemzetközi epidemiológiai kutatásokban, így a MONICA-vizsgálat több magyar központban is zajlott, majd a megszerzett tapasztalatok alapján az Országos Kardiológiai Intézet az 1980-as években közösségi megelőzési programot is indított (34,35). A KGST-n² belül is voltak egészségi állapot kutatások – elsősorban az iskoláskorú

² Kölcsönös Gazdasági Segítség Tanácsa, a volt szocialista országok együttműködési szervezete

gyermek szív- és érrendszeri betegségek megelőzése szempontjából fontos kockázati tényezőinek összehasonlító vizsgálata érdekében.

Az új nemzetközi egészségpolitikai trendek megjelentek a magyarországi gondolkodásban is. A Társadalmi Szemle 1986. júliusi számában jelent meg – Ajkay Zoltánnal és Bognár Ilonával – együttes írásunk, amelyben igyekeztünk elszakadni a hagyományos orvosi gondolkodástól és az egészségmagatartás társadalmi beágyazottságát vizsgáltuk. Ez a tanulmány később könyvrészletként is napvilágot látott magyarul és angolul is (36,37).

Ennek a folyóiratszámnak egy másik közleménye Róbert Péter cikke Társadalmi tények mérhetősége címmel. Ez az írás a szociológiai kutatások alapvető módszertanát foglalja össze. Lényegében azokat a módszertani megközelítéseket ismerteti és teszi elfogadottá, amelyeket a kutatók a MONICA-kutatásban használtak már, és amelyekből származó adatok elengedhetetlenek az egészség társadalmi, gazdasági meghatározóinak az elemzéséhez (38).

Az Egészségügyi Világszervezet valamennyi útmutatása és dokumentuma eljutott a magyar döntéshozókhoz is, akik közül többen személyesen is részt vettek a dokumentumok megalkotásában. Ennek megfelelően született meg az 1063/1987. (XII. 10.) minisztertanácsi határozat az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjáról (39). Ez a stratégia külföldön is figyelmet keltett, mert több angol nyelvű publikáció is megjelent készítésének folyamatáról, tartalmáról (40,41,42).

Kezdetben a health promotion-t egészségmegőrzésként fordítottuk magyarra, holott az angol kifejezés tartalma lényegesen aktívabb tevékenységre utal. Így a magyar terminus technicus az évek folyamán egészségfejlesztésre változott, amely a tevékenység folyamatosságát és aktivitását sokkal jobban kifejezi. Fontos dokumentumokban mindkét kifejezést használják. A téma döntően angol szaknyelvre és annak magyar fordítása nemcsak ekkor, hanem más alkalmakkor is számos nehézséget okozott. Csak egy példa: a WHO-t Egészségügyi Világszervezetnek fordítjuk magyarra, holott, ha pontosak szeretnénk lenni, az "Egészség Világszervezete" kifejezést kellene használnunk. A magyar szakirodalomban az egészségi állapottal kapcsolatos problémákat gyakran egészségügyi problémának nevezik. E pontatlan megfogalmazás lényegében azt a szemléletet tükrözi, hogy az egészség ügye és az egészségügy között még mindig nem egyértelmű a fogalmi különbség.

A már említett minisztertanácsi (MT) határozat magáévá teszi az ágazatközi megközelítést, feladattervet készít és forrást rendel mellé. Az MT határozat 1. számú mellékletében a megbetegedési és halálozási viszonyok leírása mellett megjelenik a korszerű egészségdefiníció, a személyi és társadalmi felelősség kérdése és megjelennek a legfontosabb befolyásolni kívánt életmód elemek.

Kiemelést érdemel, hogy a szakértők és a kormány már 1987-ben hosszú távú programban gondolkodnak; nem csupán egészségügyi ágazati, hanem társadalmi programban.

A 2. számú mellékletben az egyes részfeladatok felelőse minden esetben az illetékes miniszter, amely az egyes ágazatok megfelelő részvételének előfeltétele. A dokumentumban megjelennek a civil szerveződések öntevékeny közösségekként, de megjelennek az országos hatáskörű szervezetek is épp úgy, mint a Magyar Tudományos Akadémia, avagy a monitorozás értékeléséért felelős Központi Statisztikai Hivatal.

A feladatok között szerepel, hogy a program finanszírozása érdekében létre kell hozni az Egészségvédelmi Alapot, amely a dohánytermékek és az égetett szeszesitalok értékesítéséből származó adóbevételnek meghatározott százalékát egészségfejlesztési célra fordítja. A minisztertanácsi határozat nyilvánvalóan nem bontja le a feladatokat, de az általa meghatározott problémák, illetve a problémák mellé rendelt, szakpolitikáért felelős miniszterek, szervezetek, illetve a hosszú távú fenntartható finanszírozás kialakítására tett javaslat alapvetően korszerű volt és megfelelt a nemzetközi követelményeknek.

Az 1063/1987. (XII. 10.) MT határozatot a szükséges szakmai háttér tanulmányok elkészítése alapozta meg. Ezek egy része kötetben is megjelent, amely az „Egészséget mindenkinek 2000-re!” címet viselte (3). A kiadvány érdekessége, hogy azt az előszóban Csehák Judit „az egészség ügye mellett elkötelezett emberek” számára ajánlotta, ami azt is jelenti, hogy a korszak vezető egészségpolitikusa tisztán látta a különbséget az egészség ügye és az egészségügy között. Az egykori miniszter megfogalmazása egyértelműen jelzi az akkori vezető egészségügyi döntéshozók egy részének gondolkodásában létrejött paradigmaváltást.

A kiadvány nyilvánvalóan nem törekedhetett teljes körű áttekintésre, de az életmódot, fizikai aktivitást, táplálkozást, környezetvédelmet és végül, de nem utolsó sorban magát az egészségügyi ellátórendszert érintő áttekintő tanulmányokat tartalmazott. Ezek már célokat,

feladatokat jelöltek ki, nevesítették és felsorolták a megvalósítás színtereit, a bevonni kívánt lakossági célcsoportokat életkor-életciklus specifikus módon. Az egyes feladatok esetén nevesítették a bevonni kívánt partnereket, kitértek az érintett intézményekre. Másként fogalmazva, hosszú távú projekt-tervek készültek, amelyek nyilván nem feleltek meg a mai értelemben vett projekt-típusú gondolkodásnak, de ennek alapelemeit már tartalmazták.

Az egyes szakmai elképzelések mellé még nem rendeltek forrásokat, ám az egészségmegőrzési programmal kapcsolatos nézeteket nemcsak a hazai, hanem a nemzetközi irodalomban is publikálták. A feladat intézményi letéteményese az Országos Egészségnevelési Intézet volt. Megkezdődött az egészségmegőrzési terv végrehajtásához szükséges területi hálózatépítés is, az akkor még Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (KÖJÁL-ok) hálózatához kapcsolva.

Néhány évvel később, a rendszerváltoztatás után új program készült a népegészségügyi rendszer kialakítása és az egészségfejlesztés megvalósítása érdekében. A legalapvetőbb feladat a népegészségügyi ellátórendszer új struktúrájának, intézményrendszerének létrehozása volt (43). Ennek kiemelkedő jelentőségét az is indokolta, hogy a rendszerváltoztatással az államigazgatási struktúra és a hatáskörök is megváltoztak, és a közegészségügyi feladatok egy része kikerült a létrejövő helyi önkormányzatok hatásköréből.

Az ÁNTSZ-ről, azaz az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról (a kormányzati szerkezet módosítása miatt megváltozott címmel, az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről) szóló 1991. évi XI. törvény (44) koncepcióját tekintve az egykori tisztiorvosi kart kívánta újraszervezni, dekoncentrált szervezetként, hatósági jogkörökkel. (Kétségtelen, hogy a rendszerváltás utáni kormányzatban élt bizonyos nosztalgia a két világháború közötti időszak állami berendezkedése iránt, de az akkori tisztiorvosok nem rendelkeztek hatósági feladatokkal.)

A törvény alapján a tisztiorvosi szolgálatot az országos tisztifőorvos irányítja, aki egyben az Országos Népegészségügyi Központnak is főigazgatója, így egy tudományos és szervezési-módszertani központot hoz létre. A szolgálat helyi szervei a megyékben, a fővárosban és a városokban működő népegészségügyi intézetek, amelyek döntően a korábbi KÖJÁL-ok bázisán jöttek létre. Az egészségügyi szakigazgatási szerv az igazgatási jogkör mellett tanácsadói feladatokat is kapott. A törvény 5. § (1) bekezdése szerint az egészségügyi

államigazgatási szerv az egészség fejlesztését egészségvédelmi, egészségnevelési és egészségmegőrzési tevékenység keretében összehangolja, szervezi és felügyeli a népbetegségek megelőzését szolgáló feladatok végrehajtását, így különösen

- a) a gyógyító-megelőző alapellátás tanácsadó tevékenységét;
- b) a család- és nővédelmi feladatokat ellátó intézményeket;
- c) az anya- és csecsemővédelmi feladatokat ellátó intézményeket;
- d) a mentálhigiénés szolgálatokat; valamint
- e) a lakossági célzott szűrővizsgálatokat.

A törvény érdekessége, hogy az egészségfejlesztést, mint kifejezést és az egészségmegőrzést, mint az egészségfejlesztés korábbi magyar fordítását külön fogalomként emeli be a jogszabály szövegébe. Az egészségmegőrzést inkább a másodlagos megelőzés szinonimájaként használja, míg az egészségfejlesztést inkább az elsődleges megelőzés megjelenítésére tartják fenn. A törvény ugyanakkor mai napig élő ellentmondása az ÁNTSZ hatósági és szolgáltatói funkcióinak összemosása volt. 2010 után az ÁNTSZ egységes, dekoncentrált szervezete megszűnt: a területi szolgálatok beolvadtak a kormányhivatalokba.

Az ÁNTSZ és intézményrendszerének kialakításával párhuzamosan az első országos tisztifőorvos, Kertai Pál vezetésével elkészült az azóta is csak „Kertai-program”-ként emlegetett dokumentum, amely a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről szóló 1030/1994. (IV. 29.) Korm. határozat alapja (45). A program az elképzelések szerint az ezredfordulóig terjed, hét évet foglal magába és öt nemzeti célt nevesít:

- a) a lakosság mind nagyobb része vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség, és ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntetett jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának;
- b) a betegségektől mentes életéveket legalább 55 évre kell kiterjeszteni;
- c) a születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 67, nőknél legalább 75 évre kell meghosszabbítani;
- d) a különösen jó és különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama nem mutathat 3 évnél nagyobb különbséget;

- e) a halálozások száma és az élveszületések száma közötti különbséget jelentősen csökkenteni kell az élveszületések javára.

Ha jól meggondoljuk, a célok lényegében a születéskor várható élettartam meghosszabbítását, a betegségmentes életévek számának növelését, az egészségi állapotban meglévő méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentését jelentik, amely célkitűzés-rendszer a későbbi népegészségügyi programokban más és más megfogalmazásban visszaköszön.

Az egészségi állapotjavulás mellé a Kertai-program indikátorokat rendel, az indikátorok értékének meghatározási módja azonban egyáltalán nem nyilvánvaló, és az értékek önmagukban sok szempontból jó szándékú, de irreális vállalkozásnak tűnnek. Az ötödik nemzeti cél már a népesedéspolitika kérdéskörét feszegeti, messze túlmutatva a program alkotójának kompetenciáján.

A lakosság egészségi állapotának javítása érdekében a javasolt módszer az, hogy „a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntető jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának”.

Az öt nemzeti cél elérése kormányzati feladat, a végrehajtásért a népjóléti miniszter felel. A program előrehaladásáról a kormány évente beszámol a parlamentnek, azaz a program monitorozása tulajdonképpen az éves parlamenti beszámolót jelenti. Itt válik nyilvánvalóvá az, hogy az egészséggel kapcsolatos célok megvalósítása kormányzati feladat, miközben a felelős az egészségügyi ágazat vezetője és nem a kormány.

A kormány a dokumentum alapján felhatalmazza a népjóléti minisztert, hogy alakítsa meg az Országos Népegészségügyi Bizottságot, melynek négy feladatot szán:

- a törvénytervezetek népegészségügyi véleményezését,
- a gazdaságpolitikai intézkedések népegészségügyi hatásainak figyelemmel kísérését,
- az országos népegészségügyi feladatok koordinálását és
- az éves népegészségügyi jelentés véleményezését.

A Népegészségügyi Bizottságnak 1994. december 31-ig kellett volna megalakulnia, de erre csak később került sor. A testület elnöke – az eredeti tervek szerint – a népjóléti miniszter, titkára az országos tisztifőorvos, tagjai a belügyminiszter, a földművelésügyi miniszter, a honvédelmi miniszter, az igazságügyminiszter, az ipari és kereskedelmi miniszter, a környezetvédelmi és területfejlesztési miniszter, a közlekedési, hírközlési és vízügyi miniszter, a munkaügyi miniszter, a művelődési és közoktatási miniszter, a pénzügyminiszter, a Központi Statisztikai Hivatal elnöke, az Országos Testnevelési és Sporthivatal elnöke, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség elnöke, a Környezetvédelmi Főfelügyelőség elnöke, az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőség elnöke, illetve megbízottaik. A kormány felkérte a Magyar Orvosi Kamara elnökét, az Egészségbiztosítási Önkormányzat elnökét, a Magyar Rádió elnökét, a Magyar Televízió elnökét, hogy vegyenek részt a bizottság munkájában.

A Népegészségügyi Bizottság érdekessége, hogy az államigazgatás valamennyi ágazata miniszterrel kellett volna, hogy képviseltesse magát, és a bizottság működtetése esetén már mai értelemben vett egészséghatás-bebecslés – egészséghatás-vizsgálat végeztetése lett volna az egyik feladata. A kormányhatározat azonban elsősorban a gazdaságpolitikai intézkedések népegészségügyi hatásait emelte ki, holott a rendszerváltással alapvető társadalompolitikai és ágazati szakpolitikai változtatások is történtek.

Összehasonlítva a korábbi, Csehák Judit nevével jelzett programmal, az egészség társadalmasítása helyett itt inkább az „egészség államigazgatási szabályozása” került előtérbe a gyorsan és radikálisan változó magyarországi környezet szempontjainak figyelembevételével.

A dokumentumban a határozati rész után következik az a hosszú távú program, amelyet állapotleírás vezet be és egy prognosztikai fejezet, amely az ezredfordulóig becsüli a megbetegedési és halálozási viszonyokat arra az esetre, ha semmilyen népegészségügyi beavatkozás nem történik.

Az öt nemzeti célnak megfelelően a dokumentum tíz nemzeti feladatot jelöl ki.

„A 10 feladatot szolgáló programok összeállításánál a következő sorrendet vettük figyelembe. Az első feladat a szakemberképzés, mert szakemberek nélkül nincs tervezés és kivitelezés. A

második lépés a lakosság egészségi állapotának és kockázati tényezők jelenlétének és eloszlásának felmérése, mert e nélkül pontosan tervezni és kivitelezni nem lehet. A harmadik lépés a lakosság rejtett betegségeinek felismerése és korai kezelése, míg a negyedik – és csak hosszabb távon eredményes programcsomag – életmódjának megváltoztatása az iskoláskortól az élet végéig. Ez utóbbit szolgálja 7 program. További lépések a lakóhely és munkahelyi környezet javítása (4 program), végül a leggyakoribb fertőzések megelőzése (6 program).”

Amennyiben mindezt projektszemléletűre fordítjuk, a tíz nemzeti feladat lényegében a hogyan javítsuk az egészséget kérdésre válaszol, oly’ módon, hogy humánerőforrást kíván fejleszteni és adatot gyűjteni a kiindulási helyzet pontos értékelésére. A mit tegyünk az egészség érdekében kérdésre lényegében a klasszikus higiéné kérdéskörének javítását, illetve az életmód befolyásolását tűzi ki célul, vagyis a tevékenységekben, a továbbiakban már sem az interszektoralitás, sem a multidiszciplinaritás nem jelenik meg (46).

A Kertai-programban a tíz nemzeti feladathoz húsz nemzeti program tartozott. A programok döntő része klasszikus értelemben vett orvosi program, és a kijelölt végrehajtó szervek között jóformán nincs nem az ÁNTSZ intézményrendszeréhez tartozó szervezet. A program számol azzal, hogy vele párhuzamosan már működnek a világbanki programból finanszírozott projektek és számít a PHARE³ forrásokra is. A feladatok nincsenek összehangolva, holott a Világbank finanszírozásával induló népegészségügyi programban döntően az ÁNTSZ intézményei dolgoznak.

A rendszerváltoztatás után megtett népegészségügyi intézkedések, jóllehet megfelelően szolgálták a közegészségügyi, járványügyi biztonság erősítését, az egészségfejlesztést ágazati kompetenciaként, paternalista módon kezelték. A Kertai-program finanszírozásához tervezett Egészségfejlesztési Alap létrehozásáról ugyan születtek elképzelések, de a jogszabály nem készült el, csupán a szóba jövő források számbavétele történt meg.

³ Az Európai Közösségek Tanácsa (Council of European Communities) 1989 decemberében döntött 300 millió ECU gazdasági segítség folyósításáról Magyarországnak és Lengyelországnak 1990. dec. 31-ig. Ez jelentette a PHARE-program létrejöttét, jóllehet az azóta közzismertté vált elnevezés csak később született. Olyan betűszót alkottak, amely röviden kifejezte a program lényegét, emellett önálló jelentése is volt. A Poland Hungary Assistance for the Reconstruction of the Economy (segély Lengyelország és Magyarország gazdaságának átalakításához) elnevezésű program kezdőbetűinek összeolvasásából adódik a görög eredetű, főnév, amelynek jelentése: világítótorony, fényszóró. Később más potenciális tagjelöltekre is kiterjesztették a programot.

Új esélyeket az 1990-es évek derekán a világbanki kölcsön jelentett az egészségfejlesztés számára is. A Magyar Köztársaság Kormánya 1993. március 5-én írta alá az Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Projekt (Health Services and Management Project a továbbiakban: HSMP) megállapodást a Világgbankkal. A projekt előkészítése már az 1980-as évek végén megkezdődött. Számos szakértői tárgyalás volt, lényegében a világ vezető népegészségügyi szakemberei és egészségpolitikusai segítették a projekt terv elkészítését. A projekt egészének az volt a célja, hogy javuljon a lakosság egészségi állapota, illetőleg záródjon a szakadék a fejlett nyugat-európai országokban élők és a magyar lakosság egészségi állapota között. A projektben ennek a célnak az eléréséhez az egészségügyi ágazat átalakításával, a népegészségügyi rendszer fejlesztésével kívántak eljutni.

Részben az országos tisztifőorvos munkájának elősegítése, részben a népegészségügyi, egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok közös irányítása érdekében az ÁNTSZ-en belül létrehoztak egy programirodát. Ez az iroda azonban nagyon hamar beolvadt a minisztériumi programirodába, mert egyrészt megkettőzte a feladatokat, másrészt a partneri együttműködés helyett kialakuló, kompetenciákért való vetélkedés ellehetlenítette a programok megfelelő ütemű megkezdését. Pedig az egyes projektek címe már önmagában is jelezte, hogy a program komplex fejlesztés lehetőségét hordozza: elsősorban a szakpolitika kialakításához kellő ismeretek bővítése, a szükséges szakemberképzés, valamint az ehhez társuló infrastruktúra fejlesztése révén.

Az intézményi ellátás körében a stroke program, a szív- és érrendszeri betegségek programja és a rehabilitáció jelent meg külön projektként. A bizonyítékon alapuló szakpolitika-alkotás és korszerű menedzsment megteremtése érdekében pedig két orvostudományi egyetemre telepítettek két új iskolát; Debrecenben a Népegészségügyi Iskola 1996-ban, Budapesten az Egészségügyi Menedzserképző Központ 1995-ben kezdte meg működését.

A menedzsment támogatása az akkor még Magyarországon teljesen hiányzó informatikai rendszer bevezetését is jelentette. A magyar helyzetre jellemző indikátor, hogy a világbanki együttműködési dokumentum még hagyományos mechanikus írógéppel készült. Ki kellett alakítani magának a világbanki projektnak a működtetéséhez szükséges intézményi struktúrát is a minisztériumon belül, és egyidejűleg a következő befektetés előkészítését is meg kellett volna kezdeni. Sajnos az egyes projektek megvalósítása késve és a változó politikai környezettel összehangolatlanul indult.

A középtávú felülvizsgálat a világbanki programot részben átstrukturálta és egy komplex regionális modernizációs program pályázatát indította volna el annak érdekében, hogy az ellátórendszer modernizációja az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés, gyógyítás-rehabilitáció egységes rendszerben működjön egy mintarégióban. Ez a fejlesztés az elfogadott sikeres projektterv ellenére sosem indult el.

A világbanki programok tervezésével párhuzamosan, 1994-ben a szenvedélybetegségek megelőzésére, a lelki egészségfejlesztésre Veér András vezetésével létrehozták a Mentálhigiénés Programirodát, amelyhez a regionalitás elvein kialakított területi háló csatlakozott. Az ÁNTSZ-es egészségfejlesztők és a mentálhigiénés programirodáknál dolgozók, bár azonos ágazathoz tartoztak, egymástól függetlenül tevékenykedtek, tevékenységük nem volt koordinált, legfeljebb egy-egy közös konferencián vettek részt. A mentálhigiénés programirodák területi maradványait 2003-ban integrálták az ÁNTSZ területi szerveibe.

A drogprevenció szakmai és anyagi működtetése végül kikerült az egészségügyi ágazatból és először az ifjúsági ügyekért felelős tárcához, majd a szociális ágazathoz került, sőt átmenetileg helyettes államtitkár irányította. A drogprevencióval foglalkozók szerint ez jó döntés volt, mert így az egészségügyi ágazat nem tudta elvonni a drogprevencióhoz adott forrásokat más célokra, ahogy ezt a népegészségügyi programok esetében tette. Ugyanakkor a területen és a szakmai gondolkodásban ezek a fejlemények párhuzamosságokhoz vezettek.

Az alkoholológiával az egészségügyi kormányzat külön intézete foglalkozott, melynek munkatársi létszáma folyamatosan csökkent. Ehhez jelentősen hozzájárult az alkoholológiával foglalkozó belső lobbik harca is. Lényegében az az abszurd helyzet alakult ki, hogy bár minden népegészségügyi program fontos pilléreként említette az alkoholfogyasztással kapcsolatos preventív tevékenységeket, a dolgozat megírásáig számos színvonalas, vitára érett javaslat elkészülte ellenére, máig nincs elfogadott magyar alkoholstratégia, alkoholpolitika.

A környezetegészséggel kapcsolatos kérdések jelentős része más minisztérium kompetenciájába tartozott és visszatekintve úgy tűnik, hogy hosszú éveken át a környezetvédők jobb érdekérvényesítő képességgel rendelkeztek, mint az egészségfejlesztők. A környezetvédelem területén időben megjelentek a hatásvizsgálatok, az egyes törvények

elfogadásához is kötelező szempont a környezeti hatásvizsgálat, ezért is érdekes, hogy az egészséghatás vizsgálatokat nem sikerült a döntéshozókkal széles körben elfogadtatni.

Az 1998-ban alakult első Fidesz-kormány fenntartásokkal viszonyult a világbanki együttműködéshez. Hivatalba lépésük időszakára a projektek nagyobbik része ugyan lezárult, de éppen a hazai egészségügyi reform szempontjából ígéretes regionális fejlesztési alprogram pályázatainak eredményhirdetése maradt el. Először megpróbálták átcsoportosítani ennek előirányzatát a sürgősségi ellátás fejlesztésére, majd amikor a bank ehhez nem járult hozzá, felmondták a kölcsönszerződést. Az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága 1998 őszén két alkalommal is igyekezett – a projekt értékeire figyelemmel, valamint eredeti tartalmának teljesíthetősége érdekében – elérni azt, hogy a kölcsönszerződést a magyar fél hosszabbítsa meg (47). A kormány ezeket a javaslatokat azonban elutasította és az 1999. évi költségvetésben már csak a projekt lezárásához nélkülözhetetlen előirányzatot tervezte.

A világbanki projekt záró dokumentuma 2000 júniusában készült el, ami a magyar népegészségügy, egészségfejlesztés történetének egyetlen olyan dokumentuma, amely elemzi és értékeli az egyes alprojekteket, a projekt hétéves időtartamát, és továbbtekint a projekt intézményesülése, jövője és tanulságai irányában (48). Az intézményesülés kérdéskörét vizsgálva a dolgozat megírásakor számos alprojektről vált nyilvánvalóvá, hogy a kormányzati filozófia, a különböző ágazatok különböző reformjai ezek jelentős részét ellehetetlenítették. Túlzottan optimista feltételezés volt, hogy a projektek folytatása a civil szféra aktivitására támaszkodva, hosszú távon lehetséges marad. Azok a projektek viszont, amelyek a méhnyak- és emlőrákszűrés országos meghonosítását célozták, számos buktató után, de túléltek a világbanki finanszírozás megszűnését, és szerencsés „túlélőnek” számít a Népegészségügyi Iskola és az Egészségügyi Menedzserképző Központ is.

A zárójelentés kitér a projekt tanulságaira, amelyek közül azért érdemes néhányat idézni, mert a dolgozat megírásakor úgy tűnik, hogy azok továbbra is érvényesek a komplett ágazati fejlesztés megtervezésének elősegítésére. Ezek a következők:

- A népegészségügyi stratégia hosszú távú megközelítést igényel.
- A stratégiai tervezés és fejlesztés időt igénylő feladat, így biztosíthatja csak a hatékony végrehajtást. Egy ilyen komplex program előkészítő és bevezető időszakának megvalósításához másfél, két év szükséges.

- A politikai kommunikáció nagyon fontos, mert csak így biztosítható a politikai döntéshozók elkötelezettsége a program iránt.
- Ilyen nagyságrendű projekt csak széleskörű nemzeti támogatással valósítható meg.
- A pozitív változásokat csak ágazatközi eszközökkel lehet elérni.
- Nem minden közszolgálati ágazat motivált arra, hogy a program célkitűzéseit támogassa.
- Koalíció kialakítása az érdekeltek körében alapvető fontosságúnak bizonyult.
- A nemzetközi együttműködésnek vannak előnyei és hátrányai. Nemzetközi kifejlesztés esetén is a helyi csoportok kezdeményezéseit és elkötelezettségét kell figyelembe venni.
- Az együttműködés fontossága az alprogramok, a projekten kívüli programok, az állami, a civil és privát szektorok, valamint az ágazatok között alapvető fontosságú.
- A stratégiai és módszertani kutatásoknak nagy jelentősége volt a program végrehajtásában.
- A munka megszervezésének és lebonyolításának rendkívüli fontossága, a politikai és végrehajtási folyamatok elsajátítása a magyar szakemberektől új munkastílust igényel.
- A humán munkaerő fejlesztésnek a projektekben nagy jelentősége volt és a nemzetközi együttműködés nagy jelentőségű volt abban is, hogy a különböző kultúrák megértéséhez hozzásegítse a projektben résztvevőket.
- Azok a közösségi programok, melyek a közösség részvételén és motiválásán alapulnak, speciális vezetési struktúrát és döntési mechanizmust igényelnek.
- Amennyiben a helyi lehetőségek és eszközök biztosítottak, a nemzetközi tapasztalatok és ismeretek bevezethetők a hazai egészségügyi ellátásban is.
- A siker legfontosabb záloga elkötelezett és jól képzett szakemberek csapata a program végrehajtására. Ezt a csapatot megfelelő munkafeltételekkel (infrastruktúra, fizetés, tréning) kell támogatni.
- Az adminisztratív kapacitást beleértve, a projekt menedzsmentet a törekvéseknek megfelelően kell fejleszteni. A változtatások és fejlesztések időigényesek és folyamatos erőfeszítést igényelnek.
- Az adminisztratív kapacitás kifejlesztése az implementáció első lépése kell, hogy legyen.
- A projekt előkészítésébe be kell építeni az adminisztratív munkatársak továbbképzését, különös tekintettel a beszerzési módszerekre.

- Egészségfejlesztési programok csak bizalomra épülhetnek, stabil politikai környezetet és a kormányzati adminisztráció folyamatosságát igénylik.
- A teljesítmény elismerése és ösztönzése a projekten belül a minőség javulását segíti elő.
- Új iskolák legitimációja és fenntartása feltétlenül külső támogatást igényel.

A magyar egészségügy, népegészségügy, egészségfejlesztés történetében korábban soha nem fordult elő, hogy egy költségvetési évnél hosszabb időtartamra lehetett látni az egyes feladatok megvalósítására rendelt forrásokat. Ezen a helyzeten csak később módosított valamennyit az uniós források megpályázhatósága. Soha ennyi szakmai segítség és forrás nem jelent meg az ágazatban, ezért is különleges kudarc, hogy a lehetséges modernizáció csak részlegesen valósulhatott meg.

Dolgozatom szempontjából a következő lépés a rendszerváltozás idejétől elkészíteni tervezett új egészségügyi törvény elfogadása volt. A parlament még a Horn-Kuncze kormány (1994-1998) idején fogadta el az egészségügyi ágazat radikális átalakításának törvényi háttérét jelentő 1997. évi CLIV. törvényt. A törvény a harmadik alapelvneként írja le, hogy „az egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség fejlesztése, védelme és a betegségek megelőzése”. Ezzel az alapelvvel koherens a III. fejezet, amely a népegészségügy tartalmi elemeit rögzíti, illetve amelynek 37. §-a tartalmazza mind az egészségfejlesztés definícióját, mind pedig az egészségfejlesztés öt kulcsterületét az Ottawai Kartában foglaltaknak megfelelően (49).

Másként fogalmazva ez azt jelenti, hogy mind az egészség ügye, mind pedig az Ottawai Karta módszertani ajánlásai Magyarországon törvényi erőre emelkedtek. Az értekezéssel áttekintett időszakban az egészségügyi törvényben számos változtatás történt, de a népegészségüggyel, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakaszok szakmai tartalmukat tekintve – dolgozatom megírásáig – nem módosultak.

Amennyiben a törvény szellemében értelmezzük az akkor érvényben lévő Kertai-programot és a 2001-ben megszületett népegészségügyi programot, azt kell látnunk, hogy ezek nem koherensek a jogszabályban leírtakkal. A törvényben is megfogalmazott komplex egészségfejlesztési tevékenység helyett elsődlegesen ugyanis ágazati, medikalizált megközelítést tartalmaznak.

Kapcsolódva az 1997-ben elfogadott egészségügyi törvény szelleméhez, az egészségügyi tárca és az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága 1997-ben felkérte az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodáját, hogy tekintse át az egészségfejlesztés magyarországi helyzetét. A nemzetközi szakértők által készített jelentést az Országgyűlés nyílt napon is megtárgyalta. Ennek a rendkívül gyümölcsöző közös gondolkodásnak azonban nem volt folytatása, ami annál inkább sajnálatos, mert ez az okmány az egészségfejlesztést befektetésnek tekintette, továbbá szükségesnek tartotta (volna) a célirányosan képzett szakemberek kritikus tömegének alkalmazását. Javaslatot tett a lehetséges finanszírozási forrásokra, így pl. arra, hogy minden ágazat járuljon hozzá az egészségfejlesztés költségvetéséhez és az Egészségbiztosítási Alap 0,5-1 százalékát egészségfejlesztési tevékenységek finanszírozására fordítsák (50).

Mindössze annyi történt, hogy 1998 elején elkészült az Egészségünk jövője című dokumentum, amely az „egészségmegőrzés” fő stratégiai irányait jelölte ki 2010-ig (51). Ez a dokumentum lényegében követte a WHO 4. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferenciáján elfogadott ún. Jakartai Nyilatkozat (52) iránymutatását, messze meghaladva a „Kertai-program” koncepcióját. Szakmai tartalma mellett külön érdekessége, hogy felhasználóbarát, a komoly megállapítások mellett kiváló grafikai anyag segíti az áttekinthetőséget és közérthető. A közelgő parlamenti választások és az egészségügy talpon maradásáért folytatott küzdelem hevében azonban már nem volt mód a tervezet érdemi szakmai vitájára, az lényegében az ágazati minisztérium irattárában maradt. Mai szemmel nézve, ennek a koncepciónak egyetlen pozitív hozadéka volt: kiindulópontnak tekinthető a nemdohányzók védelméről szóló törvény megalkotásához vezető úton. A dohányzás visszaszorítására irányuló jogszabály első, puha, csak az oktatásra és az egészségügyi intézményekre korlátozódó változatát 1999-ben fogadták el, s számos alkalommal módosították, amíg 2012-től valamennyi közforgalmi intézményre és munkahelyre kiterjesztették (53).

Az 1998. évi választásokon győztes Fidesz első egészségügyi minisztere, Gógl Árpád 1998-ban bizottságokat hozott létre, köztük népegészségügyit is, amely új programra tett javaslatot, de ennek írott változata nem került nyilvánosságra. Gógl Árpád elképzelése szerint a népegészségügyi program szakmai háttere a Magyar Tudományos Akadémián lett volna. Ezt a szándékot egy helyzetértékelő tudományos üléssel ugyan beharangozták, de a kezdeményezést nem követték kormányzati döntések. A népegészségügyi politika alakítására a minisztérium létrehozta az Országos Egészségfejlesztési Intézet mellett az

Egészségfejlesztési Kutató Intézetet (EFKI), amelyet kb. másfél éves működés után a következő miniszter, Mikola István megszüntetett, feladatait pedig különböző háttérintézményekhez csoportosította át. Amíg mindkét intézmény létezett, ezek egymáshoz viszonyított helyzete, feladata nem volt tisztázott.

Mikola István miniszterként hivatalosan is visszatért a Kertai-programra, majd az első Fidesz-kormány 2001-ben elfogadta a Kertai-program folytatásának tekinthető, Mikola István miniszter nevével jelzett 1066/2001. (VII. 10.) számú Korm. határozatot a 2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről (54). A program öt nemzeti célt nevezett meg:

1. „A lakosság meghatározó többsége vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség. Ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntető jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
2. A rokkantságmentes élet éveket férfiaknál legalább 64, nőknél legalább 72 esztendőre kell kiterjeszteni.
3. A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 70, nőknél legalább 78 esztendőre kell meghosszabbítani.
4. A társadalmi egyenlőtlenségeket, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkenteni kell.
5. A felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig” (55).

Ezek a célok a Kertai-program szerves folytatását jelentik, az indikátor értékek megváltoztatása – növelése mellett. A 4. pontban megfogalmazott cél, a méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése messzemenően túlmutat a népegészségügyi program ágazati kompetenciáján. A születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségekkel kapcsolatosan a népegészségügyi elképzelések a későbbiekben nincsenek kifejtve. Az 5. pontban megfogalmazott „egészséges fejlődés feltételek” jó szándékról tanúskodnak, a kifejtés azonban elmarad. Különösen érdekes a 4. és 5. nemzeti cél, összevetve az akkori kormányzat társadalmpolitikai elképzelésével, ami deklaráltan a középosztály erősítését tűzte ki célul, ezáltal az egészség előfeltételeiben és meghatározóiban meglévő különbségeket, azaz az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségeket csak növelni tudta.

A célokra reflektál a tíz kiemelt nemzeti feladat is, amelyeknek részletesebb szakmai kibontása, indikátorok megnevezése is a dokumentum részét képezi.

A program alapidokumentumából nyilvánvaló, hogy az döntően az egészségügyi ellátórendszer kompetenciáján belül marad, másként fogalmazva medikalizált, az ágazatköziség elsősorban az akciók szintjén jelenik meg. Ez azt jelenti, hogy az egészségbarát politikai gyakorlat kormányzati szinten nem jelent meg sem a társadalompolitikai, sem más ágazati szakpolitikák szintjén, szemben mindazzal, amit a 4. és 5. pontokban nemzeti célként megjelöltek.

A programterv mellett nincs nevesített forrás, ami azt jelzi, hogy a program pénzügyi, infrastrukturális, humán erőforrás igényét nem tervezték meg, vagy a meglévő tervek nem publikusak.

A program nem épít partnerségi kapcsolatokra, helyi kezdeményezésekre, fölülről szeretné vezényelni a jobb egészség eléréséhez szükséges változtatásokat – a mindennapi akciók szintjén. A változtatásokhoz szükséges jogi és államigazgatási keretek megteremtésére nem törekszik.

A magyar lakosság egészségi állapotában és halálozási viszonyaiban meglévő egyenlőtlenségeket lényegében dokumentum szinten sem kezeli.

Az esélyegyenlőség kérdését kizárólag a roma/cigány lakosságra nézve tartja fontosnak. Nem hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetű magyar állampolgárokról beszél, hanem csak a romákról/cigányokról. Egészségi állapotbeli hátrányaikat kizárólag az egészségügyi ellátórendszer kompetenciájába tartozó, hosszú távon nem fenntartható lépésekkel kívánja befolyásolni, és egyáltalán nem veszi figyelembe, hogy a hátrányos, illetve halmozottan hátrányos helyzetű lakosság körében hiányoznak az egészség előfeltételei. Itt jegyzendő meg, hogy a Gyurcsány-kormányok időszakában Mihályi Péter közgazdász következetesen igyekezett rávenni a liberális minisztereket egy roma/cigány egészségprogram meghirdetésére, de nem járt eredménnyel.

Visszatérve Mikola István programjára, az elsődlegesen a klasszikus orvosi megközelítésekre épített, és nyilvánvalóan csak egy ágazati program kezdetét jelenthette volna, ha a következő

kormányváltás után a szakemberek nem kezdeményezik a népegészségügyi program teljes koncepciójának és tartalmi elemeinek újragondolását. A program sikeres eleme ugyanakkor a mammográfiás szűrőhálózat képződiagnosztikájához szükséges infrastruktúra felépítése, valamint az emlő- és méhnyakrák szűrőprogram országos meghirdetése, ami lényegében a világbanki program szűrővizsgálati tevékenységének folytatását is jelentette.

A 2002-es kormányváltással az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program helyett új program tervezése kezdődött meg. Ahogyan az 1987-es programot Csehák Judit jegyezte, úgy ennek is a 12 év után az egészségügyi miniszteri tisztségbe visszatérő politikus volt az előterjesztője. A személyi azonosság a koncepció azonosságában is megjelenik, ám ez a stratégia – a hazai szakpolitikában ritka kivételként – folyamatosságot is vállalt az előző miniszter elképzeléseivel.

Jó előjelnek volt tekinthető és önmagában is biztosítékot jelentett az egészségfejlesztés prioritásként való kezeléséhez a közigazgatási államtitkár személye is: Jakab Zsuzsanna az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájából tért haza, s a legkorszerűbb szemléletet hozta a minisztérium csúcsvezetésébe. Az átmenetileg Johan Béla, a két világháború közötti magyar egészségpolitikus nevét viselő Népegészségügyi Programot a parlament végül 325 igen szavazattal, 4 ellenszavazattal és 1 tartózkodás mellett fogadta el: 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról (56). Sosem volt ekkora konszenzus népegészségügyi napirendnél (sem korábban, sem később), ami persze nemcsak a program tartalmának, hanem a kontinuitás vállalásának elismerését is tükrözte.

Medgyessy Péter kormánya (2002-2004) idején a program végrehajtásának szervezése nagy lendülettel indult, s akkor úgy tűnt, mindezt a korábbiakhoz képest nagyobb költségvetési előirányzat is alátámasztja majd. Emellett a népegészségügy előtérbe kerülését az is elősegítette, hogy hazánk az Európai Unióhoz történő csatlakozás időszakában kiemelten ügyelt az egyes szakpolitikai területek és az európai értékek összhangba hozására. A stratégia hitelességét azonban némileg beárnyékolta, hogy 2005-ben politikai vita bontakozott ki a program névadójának, Johan Bélának az életművéről. Johan szakmai érdemeit nem vonták kétségbe, de egyes történettudósok is úgy ítélték meg, hogy a hazánk 1944. évi német megszállását követő, nem minden részletében tisztázott politikai magatartása miatt méltatlan arra, hogy egy országos program viselje a nevét. Ezért 2006-ban a program címéből a nevet

törölték (4/2006 (II.8.) OGY határozat). A parlamenti vita hangulatáról az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága 2006. január 25-ei ülésének jegyzőkönyve ad képet (57).

Visszatérve az Egészség Évtizede parlamenti legitimációt is elnyert stratégiájához: a program bevezetője a megelőzőhöz képest új értékválasztást tükrözött, de nyilvánvaló, hogy az Ottawai Karta szellemiségét követte, ilyen értelemben egyenes folytatása volt az 1987-ben megkezdett tevékenységnek, illetve megfelelt az 1997-ben elfogadott egészségügyi törvénynek. Mindezt egyértelművé tette a bevezetés. „Három alapvető érték vezérli a Nemzeti Program kidolgozását:

- az egészség alapvető emberi jog,
- az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás,
- az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében”.

A program fő célja az volt, hogy minden magyar állampolgár a lehető legegészségesebben éljen. A cél mellé legfontosabb indikátornak azt rendelték, hogy tíz év távlatában a születéskor várható élettartam legalább három évvel legyen hosszabb, mint a program kezdetekor.

A program bevezetője külön kitért arra, hogy az egészségesen töltött életevek számának növelése kiemelt cél, éppen úgy, mint az egészségi állapotban megnyilvánuló méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése.

A program megvalósítását szektorok és ágazatok közötti együttműködéssel tervezte, és külön hangsúlyt fektetett a kormányzat, a közintézmények, a civil szféra, a gazdasági és társadalmi élet szereplői és a média együttműködésére.

A program bevezetője hivatkozott arra a WHO által 2001-ben publikált elemzésre, miszerint az egészségbe fektetett beruházásoknak alapvető hatásuk van a társadalom fejlődésére, a gazdaság növekedésére (58). Ebben az értelemben a program az egészséget, mint erőforrást, és mint érdeket együttesen kezelte.

Az Egészség Évtizede program négy fő tartópillér köré szerveződött, amelyek az alábbiak voltak:

- az egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása,
- az egészséges életmód programjai, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése,
- az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése,
- az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében.

A négy fő pilléren belül 19 alprogram jelent meg önálló célokkal, a célok teljesítéséhez kapcsolódó indikátorokkal, a megvalósítás érdekében tervezett akciókkal és a várható eredményekkel együtt. A dokumentum, általában a tervezőmunka hiányossága volt, hogy az egyes alprogramokhoz tartozó forrásokat nem jelölték meg és a részprojektek nagy vonalakban történő tervezése csak a 2003–2004-es évre vonatkozott. A kritikusok ezt joggal észrevételezték, mint ahogyan azt is, hogy a javaslat túl ambiciózusra sikerült: a 19 alprogram ténye már önmagában bizonyította, ennyi ügy egyszerre nem lehet fontos, azaz sok volt a prioritás (59). Érdekesség, hogy a parlagrafü egészségkárosító hatásait nem méltatta figyelemre a környezet-egészségügyi alfejezet; ennek a súlyos népegészségügyi kihívásnak a kezelését átengedte az agrártárcának, s a gyommentesítés csak 2005–2006-ban, a népegészségügy kormány megbízotti koordináció rövid időszakában kapcsolódott az Egészség Évtizede stratégiához.

A program végrehajtási struktúrájának kialakítása megkezdődött, azonban a folyamatos személyi és intézményi változások, valamint a források szűkülése miatt nem jött létre hatékony irányító testület, és a szisztematikus munkát alkalmoszerű akciók váltották fel, változó finanszírozással.

Az Egészség Évtizede program ágazatközi elemeit illetően a környezet és egészség folyamat jól indult és épített az ÁNTSZ, valamint a környezetvédelmi szervek korábban is kiváló kapcsolatára. A népegészségügy és a környezetvédelem programjai közel azonos időben kerültek az Országgyűlés elé, ami elősegítette a szükséges szinergiát. Ennek megfelelően a 132/2003.(XII.11) OGY határozattal elfogadott II. Nemzeti Környezetvédelmi Akcióprogram (60) 3. sz. Környezet-egészségügy és élelmiszerbiztonság tematikus akcióprogramja magában foglalta a környezet-egészségügy fejlesztésére vonatkozó irányelveket és feladatokat is. A tárcák között színvonalas kooperáció alakult ki egyebek között az ivóvíz-szennyezők és

összetevőik, illetve a toxikus és daganatkeltő vegyi anyagok hatásainak vizsgálata, továbbá a hulladékok minősítésének körében. 2004-ben Magyarország rendezhette meg a IV. Környezet és Egészség miniszteri konferenciát, amely különös figyelmet szentelt a gyermekek környezet-egészségügyi nevelésének (61).

A népegészségügyi program ágazatközi működtetéséhez szükséges együttműködés koordinálására 2005-ben az 1063/2005. (VI.23.) Korm. határozat alapján Népegészségügyi Tárcaközi Bizottságot hoztak létre, amelynek koordinálásáért a 2004 végén kinevezett népegészségügyi kormány megbízott volt a felelős. A Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság társelnöke az egészségügyi miniszter és az oktatási miniszter voltak, titkára pedig az országos tisztifőorvos. A társmínisztériumok vezetői mellett tagjai voltak az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója, az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőség elnöke, a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság igazgatója, a Központi Statisztikai Hivatal elnöke, a Nemzeti Sporthivatal elnöke, a Népegészségügyi Tudományos Társaság elnöke és a Népegészségügyi Szakmai Kollégium elnöke vagy az általuk kijelölt egyes személy. A népegészségügyi kormány megbízott kinevezése lehetőséget teremtett volna a tárcaközi együttműködésre, az egészségbarát politikai gyakorlat, egészséghatás vizsgálatok meghonosítására – ha a feladatok mellé megfelelő kompetenciát és működtetési forrást is allokáltak volna.

A kormány megbízott szerepköréhez olyan államigazgatási hely kellett volna, ahonnan valóban megvalósítható az ágazatok közötti együttműködés. A Kormány megbízotti Irodát a Miniszterelnöki Hivatalban kellett volna létrehozni, mert ez az államigazgatási helyzet tette volna lehetővé, hogy a kormány megbízott a munkakörének megfelelő államigazgatási kompetenciákkal is rendelkezzen (62). Az iroda működtetéséhez rendelkezésre álló forrás valóban csak a mindennapi működés alapvető feltételeit biztosította. 2006-ban a második Gyurcsány-kormány megalakulása után ezt a koordinációs intézményt megszüntették, hatásköreit újra az Egészségügyi Minisztérium vette át. A Kormány megbízotti Iroda által generált projektek, mint például az egészségre előnyös választékot kínáló iskolai büfék mozgalma, vagy a méhnyakrák-szűrésre mozgósító nyereményjáték, a civil és üzleti szféra támogatásával jöttek létre és lényegében csak egyes elemeiben maradtak fenntarthatóak. Ugyanakkor a védőnői rákszűrés ígéretes mintaprogramja (63) – átmeneti stagnálást követően – 2012 után beépült a szűrővizsgálati rendszerbe.

2006 és 2008 között az egészségpolitikát az MSZP-SZDSZ koalíció Gyurcsány Ferenc vezette kormányában az SZDSZ-hez kötődő miniszterek irányították Magyarországon. Látókörüktől távol esett az egészségfejlesztés, mert tevékenységüket az ágazat erőltetett reformjaira koncentrálták. Az egészséget a társadalmi-gazdasági környezeti és kulturális feltételek figyelmen kívül hagyásával az egyéni felelősség körébe sorolták, így késlekedtek az európai uniós források egészségfejlesztési célú pályázatainak kiírásával. Hazai költségvetési forrást – az ÁNTSZ közegészségügyi, járványügyi tevékenysége, valamint ad hoc szűrési és kommunikációs kampányok kivételével – lényegében nem terveztek népegészségügyre. Ezért az Egészség Évtizede Program sorvadásnak indult, s a civil egészségfejlesztés (a magán szektor által életben tartott munkahelyi egészségprogramoktól eltekintve) is megszűnt. 2008 után a gazdasági-pénzügyi válság végképp ellehetetlenítette a szisztematikus egészségfejlesztési tevékenységet Magyarországon, ami alkalmi kampányrendezvényekre korlátozódott (pl. Szűréssel az Életért sorozat).

A 2010. évi kormányváltásig az ágazat többé-kevésbé eleget tett annak a követelménynek, hogy benyújtja az Országgyűlésnek a népegészségügyi program előrehaladásáról szóló éves jelentéseit. Ezek a jelentések a világhálón fellelhetők, az utolsót 2011-ben nyújtották be (64). Összességükben megállapítható, hogy több, kis költségvetésű projektet kezdeményeztek, amelyeknek egymáshoz való viszonya, eredményessége, fenntarthatósága számos megválaszolhatatlan kérdést vet fel. Jelentőségük csupán azért van, mert általuk a népegészségügy valamennyi többletforráshoz jutott, és hordozták magukban azt a potenciált, hogy megfelelő koordináció és finanszírozás mellett területi népegészségügyi háló alakulhasson ki.

A 2010. évi választások után az Egészség Évtizede Nemzeti Népegészségügyi Program ugyan érvényben maradt, de a Tárcaközi Bizottságot megszüntették, és nem jött létre olyan struktúra, amely a népegészségügyi program ágazatközi működtetésére kísérletet tehetett volna. Ugyan a humán ágazatokat összefogó szuperminisztérium (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, NEFMI) megalakítása megteremthette volna ennek intézményi kereteit, de a politika ilyen igényt nem vetett fel.

Az EU magyar elnöksége 2011 első félévében még adott esélyt arra, hogy a NEFMI által gondozott programokban az egészségfejlesztés megjelenjen, akár a roma/cigány stratégia keretein belül is. Ilyen irányú törekvés – a romák/cigányok egészségét feltáró úttörő hazai

kutatások (65) ellenére – azonban nem volt; az elnökség többi egészséggel kapcsolatos programjában is inkább az ellátórendszerrel kapcsolatos kérdések jelentek meg.

A 2010-ben megalakult Orbán-kormány az államigazgatás rendjének teljes átalakítását tűzte ki céljául, a központi államigazgatási szervekről szóló 2010. évi XLIII. törvényben (66) nevesítve a létrehozandó kormányhivatalokat. A kormányhivatalok kialakításával és a területi integrációval összefüggő törvénymódosításokról szóló 2010. évi CXXVI. törvényt (67) követő 288/2010. (XII. 21.) Korm. rendelettel az ÁNTSZ területi hálóját népegészségügyi szakigazgatási szervként definiálták és a kormányhivatalok részévé tették (68). A népegészségügyi programok területi végrehajtását lehetővé tevő ÁNTSZ-hálózat ezzel kikerült az országos tisztifőorvos közvetlen irányítása alól, és magából az egészségügyi ágazatból is; a népegészségügyi szakigazgatás felettes szerve a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium lett, ami működtetésükben az igazgatási hatósági funkciók nyilvánvaló megerősödésével járt. (A dolgozat lezárását követően a szakmai irányítást is megvonták az egészségügyért felelős minisztertől.)

Összehasonlítva mindezt a rendszerváltás előtti KÖJÁL-ok kompetenciájával, a visszalépés nyilvánvaló. Az egykor volt KÖJÁL-okban a hatósági funkciók ellátása mellett dolgoztak egészségnevelők, akiknek a szakmai felettes szervezete az Egészségnevelési Intézet volt. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés területi helyzete rosszabbá vált, mint a rendszerváltás előtt.

Az országos tisztifőorvos és hivatala, valamint a hozzá tartozó intézmények a Nemzeti Erőforrások Minisztériumához, illetve átnevezése után az Emberi Erőforrások Minisztériumához tartoznak, vagyis a rendszer hatósági és szakmai módszertani központja nincs közvetlen kapcsolatban egymással. Az ÁNTSZ lakossági szolgáltatói funkciói lényegében megszűntek, bár ezt explicit módon nem jelentették ki. A megszüntetett szolgáltatói funkciót uniós forrásból, a Társadalmi Megújulás Operatív Programja (TÁMOP-6.1.1/12/1) pályázat keretén belül kialakuló egészségfejlesztési irodákkal (EFI) képzelték el (69). Az új hálózat egységei a pályázatot elképzelésének megfelelően elsősorban a kuratív medicina szolgáltatásait támogatják, az elsődleges megelőzésben szerepük viszont kérdéses. Ezek az irodák csak azokon a területeken jöttek, jöhettek létre, ahová pályázati forrás is jutott, így egységes rendszerről nem beszélhetünk, fenntarthatóságuk érdekében ráadásul – a projektforrások felhasználása utáni időre – nem jelöltek meg költségvetési forrást.

További kérdéseket vet fel, hogy az egészségügy megújítását célzó Semmelweis-terv (70) viszonylag szerény figyelmet szentel a népegészségügy és egészségfejlesztés kérdéskörének. A népegészségügyi feladatok ellátására népegészségügyi intézet kialakítását helyezi kilátásba az ÁNTSZ maradék háttérintézményeinek összevonásával, ami az értekezés lezárása után és csak részlegesen történt meg 2015-ben.

Bár a népegészségügy területén ebben a kormányzati időszakban számos intézkedés történt, ezek elsősorban szankcionáló-tiltó, s kevésbé ösztönző jellegű beavatkozások voltak, amelyekhez nem készült előzetes hatástanulmány.

Az első ilyen törvény a népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény (71), amely a közbeszédbe csak „chipsadó”-ként ment át. Bevezetése után az OEFI munkatársai egészséghatás vizsgálatot végeztek, amelynek eredményei a fogyasztás visszaszorítására utalnak, de kérdés, hogy ez mennyire lesz hosszú távú trend, s mennyiben átmeneti fogyasztáscsökkenés. A chipsadóból befolyt összeget sajnálatos módon nem az egészségfejlesztés, népegészségügy területén használták fel, hanem az egészségügyi ellátórendszer alulfinanszírozottságát igyekeztek valamelyest enyhíteni belőle.

A szenvedélybetegségek esetében az első törvényi szabályozás a játékszenvedélyre vonatkozott. A törvény a szerencsejáték szervezéséről szóló 1991. évi XXXIV. törvény (72) módosítása, amely megszünteti a kaszinókon kívüli játékgépek használatát. A törvénnyel kapcsolatos egészséghatás vizsgálatról nincs tudomásunk, és a dolgozat lezárása pillanatában megkockáztatható az a feltételezés, hogy inkább gazdasági érdekcsoportok, semmint egészségfejlesztők álltak a törvény módosításának hátterében.

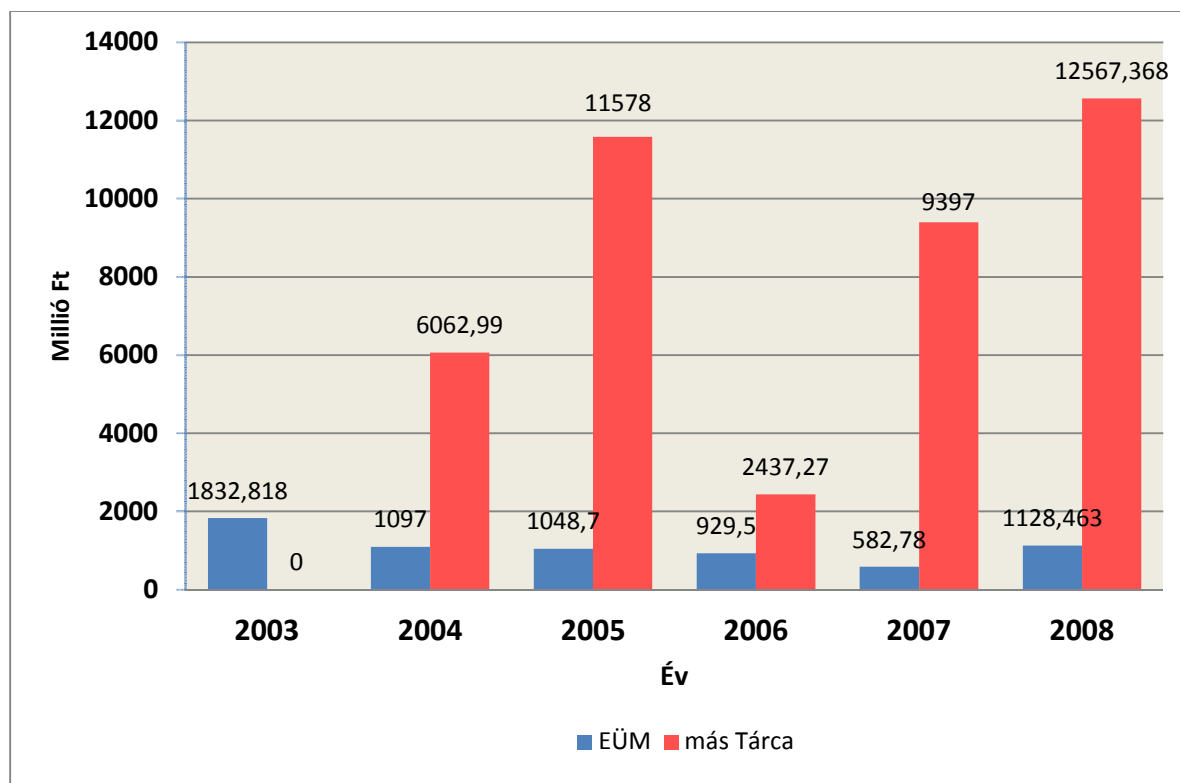
A harmadik és negyedik törvény a dohányzás korlátozásával foglalkozik. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény 2012. évi módosítása minden zárt közterületen megtiltja a dohányzást a börtönök és a pszichiátriai intézetek kivételével, vagyis tovább szigorítja a korábbi jogszabályt (53). A közbeszédben csak „trafik-törvény”-nek emlegetett, a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló 2012. évi CXXXIV. törvény a dohánytermékekhez való hozzáférést korlátozza (73). Dohányterméket csak nagykorú és kizárólag az erre szakosodott nemzeti dohányboltokban vásárolhat,

amelyeket úgy kellett kialakítani, hogy közterületről ne lehessen látni a dohánytermékeket. A dohánytermékeken lévő jövedéki adót több lépésben felemelték. Ez az intézkedéscsomag egyes tartalmi elemeit tekintve lényegében megfelel a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye útmutatásainak, amelyet törvényben hirdetett ki az Országgyűlés még 2005-ben (74). Kérdés, hogy a valódi szenvedélybetegek a korlátozó intézkedések és az áremelés hatására milyen más csatornákat vesznek igénybe dohánytermékek elérésére, illetve milyen más függőséget találnak ezek helyett önmaguk számára, és ez hogyan befolyásolja egészségüket.

Az értekezés lezárásának időpontjáig (2013. december 31.) a lejárt hatályú helyett nem született átfogó, az egészségfejlesztés korszerű szemléletével is rendelkező népegészségügy stratégia, amely irányítaná a kormányzati és nem kormányzati szervek lépéseit, valamint keretet adna a lakossági egészség-magatartást befolyásoló közösségi programoknak. Mint láttuk, vannak fontos, pozitív népegészségügyi intézkedések egyes részterületeken (a dohányzás, a transz-zsírsvat tartalmazó élelmiszerek forgalmazásának korlátozására vonatkozó jogszabályok, jövedéki adóemelések, egészségfejlesztési irodák felállítása), de ezek mögött nem érzékelhető politikai elkötelezettség, az egészség érdekében vállalt ágazatközi együttműködés és a stabil finanszírozási háttér. Ezek nélkül pedig aligha válhat valóra az Ottawai Karta (1986) gyakran hangoztatott célkitűzése, miszerint „egészséges választása legyen a könnyebb választás” (3).

Ami az egészségfejlesztés finanszírozását illeti: a dolgozat lezárásakor hozzáférhető költségvetési információk a megelőzési programok és projektek kiadásait tükrözik, és nem terjednek ki az intézmények működtetésének igen jelentős költségeire. Megjegyezzük, hogy míg korábban az államigazgatási intézmények évi rendes költségvetése alapfeladataik finanszírozásának legalább egy részét fedezte, ma a népegészségügyi tevékenység szinte kizárólagosan külső célfinanszírozás függvénye. Ez a helyzet megnehezíti a hosszú távú tervezést, ösztönzi a látványos, eseti akciókat, és a személyi kapcsolatokon alapuló, az átlátható szakmai szempontok helyett a hatalmi nyomás és a folyosói lobbizás eszközeire reagáló forrásallokációt.

A 2003-ban elfogadott Egészség Évtizede népegészségügyi program első öt évének célfinanszírozása a hivatalosan közölt adatok alapján az 1. ábrán bemutatottak szerint alakult (sajnos a későbbiekben ilyen irányú adatgyűjtés nem történt):



1. ábra Népegészségügyi Program költségvetésének alakulása 2003-2008 között

Forrás: Az Egészségügyi Minisztérium archív honlapja (A népegészségügyi program haladásáról szóló éves jelentések)

Azon különösebb csodálkoznivaló nincs, hogy a 2003-as indulás után a kezdeti remények hamar elszálltak, és a restriktív költségvetési intézkedések a gyenge érdekérvényesítő képességű népegészségügyet kedvezőtlenül érintették. Ez azonban a visszafogás átlagos mértékét messze meghaladó módon történt: a tárca népegészségügyi célfinanszírozása 2003 és 2007 közt egyharmadára csökkent, ami a magyar költségvetés általános helyzetével önmagában nem magyarázható. A népegészségügy felelős vezetői a költségvetési tényekkel kapcsolatban szemérmes hallgatásba burkolódtak, sőt a program sikeres előrehaladását hangsúlyozták. Ezt a kétségtelen kudarcot nem kompenzálhatja a más tárcák forrásaiból származó, a közölt adatok szerint erősen ingadozó célfinanszírozás, ahol is az ingadozás valószínűleg az összeállítást készítő hivatalnokok változó személyével és taktikai megfontolásaival erősen összefügg. Az Európai Unió operatív programjai által biztosított finanszírozás az eddigieket nagyságrendileg meghaladó forrást biztosíthatott volna a

népegészségügy számára néhány évig. Az egészségpolitika azonban rendre halasztotta a döntések előkészítését, majd 2010 után, a késve és kapkodva megítélt egészségfejlesztési projekt-finanszírozást jórészt a kuratív medicina alapszolgáltatásainak hiánypótlására használta.

4. A népegészségügyi szakemberekkel készült interjúk elemzése

4.1. Módszer

Az elmúlt harminc év népegészségügyi, egészségfejlesztési politikájának és gyakorlatának értékeléséhez kb. 60–90 perces strukturált interjúkat készítettem a népegészségügy, egészségfejlesztés korábban fontos, de a közpolitikai térben már nem aktív szereplőjével. A kilenc interjút 2012 őszén vettem fel olyan személyekkel, akik maguk is részesei voltak az elmúlt három évtized egészségpolitikájának részben döntéshozóként/vezetőként, részben egyetemi oktatóként, tanácsadóként. Tiszteletben tartva az interjúalanyok kérését, a megkérdezettek jelen dolgozatban anonimek maradnak. Annyi azonban tudható róluk, hogy heten rendelkeznek orvosegyetemi végzettséggel és négyen már a rendszerváltozás előtt aktívan részt vettek az egészségpolitika alakításában.

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 három évtizedben?

Meg kell jegyezni, hogy az interjúalanyok nehezen tudtak elvonatkoztatni korábbi személyes szerepüktől, ami nehézséget okozott a feldolgozásban. Az interjúkból szerteágazó, differenciált kép rajzolódott ki, ezért az interjúk összegzésére törekedtem, de ahol szükségesnek látszott, idézőjelbe téve, szó szerint idéztem az elhangzottakat. Az interjúkban megfogalmazott vélemények nem feltétlenül azonosak a saját álláspontommal, ezt azonban az

interjúk összegzésekor nem hangsúlyozom. A következtetések megfogalmazásához a megkérdezettek szakvéleménye hozzájárult, és ahol szükségesnek éreztem, az elhangzott kritikákat és véleményeket figyelembe vettem.

4.2. Eredmények

Az interjúk tartalmának összefoglalása

Terminológiai megfontolások

A megkérdezettek mindegyike alapvetően elismeréssel fogadta és általánosságban is jól ismeri az Egészségügyi Világszervezet állásfoglalásait, szakmai, módszertani útmutatóit, így az Ottawai Karta és a későbbi egészségfejlesztési konferenciák koncepcionális elemeit is.

Érdekes módon az Alma-Atai Deklarációból elsősorban az alapellátás szerepe rögzült, hiszen ez közelebb áll az orvosi-egészségügyi gondolkodáshoz.

Mivel a megkérdezettek döntő többsége a klasszikus porosz alapú magyarországi orvosi oktatási rendszerben nyerte el a képzettségét, az Ottawai Karta megközelítési módja, megfogalmazása, szóhasználata meglepetést okozott a maga idejében.

Az egészség fogalma – testi, szellemi, szociális jóllét, nem a betegség hiánya (WHO) – még a mostani megkérdezés során is szinte a rácsodálkozás erejével köszönt vissza egy-egy interjúból. Ugyanígy, mindössze egy megkérdezett tartotta elég fontosnak azt, hogy az egészségfejlesztés hazai megjelenése kapcsán kiemelje: az Ottawai Kartában először fogalmazták meg és sorolták fel az egészség előfeltételeit. („Az egészség előfeltételei közé tartozik: a béke, menedék (otthon), oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható források, társadalmi igazságosság és esélyegyenlőség.”)

Az egészségfejlesztés fogalma és az Ottawai Karta által kijelölt öt kulcsterület ugyan belekerült az 1997. évi egészségügyi törvénybe, de az interjúk során ezt a tényt a megkérdezettek mégsem említették. A válaszok alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a megkérdezetteknek közel fele még mindig a klasszikus, inkább szekunder prevenció és egészségnevelési szemléletben gondolkodik, és az egészségfejlesztési tevékenységeket legfőképpen az egészségügy ágazati kompetenciáin belülnek gondolja.

A válaszoknak alig több mint egyharmada indult ki abból, hogy az egészség előfeltételeinek és meghatározóinak alapvető figyelembevétele nélkül nincs népegészségügyi program. A válaszok jelentős részében még visszaköszön a klasszikus fertőző betegségek elleni küzdelem nomenklatúrája is.

Az interjúk is megerősítik, hogy a népegészségügyet és az egészségfejlesztést a megkérdezettek csereszabatos fogalomként használják. Érdekes, hogy a klasszikus higiénét, illetőleg a környezet-egészségügyet már nem sorolják ebbe a keretbe. Egyetlen válaszadó van, aki kiemeli, hogy az egészségfejlesztés lényegében egy olyan szakpolitika, amely a társadalomtudományok és a biológiai tudományok határterületein mozog, ezeket ötvözi, és valószínű, ennek köszönhető, hogy a biológiai tudományokkal foglalkozók számára még mindig túl társadalmi, a társadalomtudományokkal foglalkozók számára pedig túlságosan orvosi.

Vélemények az egészségfejlesztés kormányzati-szakmai irányításáról

Az interjúk összegzése alapján az 1987-ben induló egészségmegőrzési programot újtárra bocsátó szakembergárda az elkövetkezendő évtizedekben a kormányváltásoktól függően különböző módon játszott szerepet a népegészségügy-egészségfejlesztés szakmai irányításában. A megkérdezettek körében teljes volt az egyetértés, hogy az elmúlt évtizedek gyakori szakminiszter-váltásai az egészségfejlesztés megítélését és mozgásterét is jelentősen befolyásolták, hullámhegyek és hullámvölgyek váltakoztak egymással. A rendszerváltozást követő első ciklusban valószínűleg azért volt valamelyest stabilitás, mert egyrészt a kormányzati érdeklődés elsősorban más ágazatok reformjára irányult, másrészt az egészségügy, mint ágazat, korábbról kész és jó reformtervekkel rendelkezett. A népegészségügy számára a világbanki finanszírozási programok megkezdésével jelentős fejlesztési források megnyílására volt kilátás. A világbanki tárgyalások során a legjobb nemzetközi szakemberek képviselték hazánkat. Elméleti népegészségügyi szempontból ez a periódus innovatív volt, azzal együtt, hogy a népegészségügyi programok struktúrájának és tényleges tartalmának értékelése a megkérdezettek szerint nem volt feltétlenül azonos.

Az 1987-es első egészségmegőrzési program a KÖJÁL-okon belül hozta létre az egészségmegőrzési osztályokat, így a munkatársak lényegében rivalizáltak a KÖJÁL-ok

idősebb egészségnevelőivel. Úgy tűnt, együttműködés helyett két párhuzamos rendszer jött létre – vélekednek interjúalanyaim.

Az egységes ÁNTSZ kialakítása egy jobb színvonalú együttműködés kereteit teremtette meg. Az országos tisztifőorvos pozíciója jelentős állami kompetenciákat jelentett, ugyanakkor ezzel beépült a rendszerbe a mindenkori minisztériumok mindenkori népegészségügyi főosztályainak, mindenkori államtitkároknak és a mindenkori országos tisztifőorvosnak a jogkörökért és forrásokért való vetélkedése. Senkinek nem volt érdeke a kompetenciák pontos és végleges tisztázása; ha erre kísérlet történt, az alapvetően kudarcra volt ítélve.

Az egészségfejlesztés intézeti letéteményese az Országos Egészségnevelési Intézetből létrehozott Nemzeti Egészségvédelmi Intézet (NEVI) lett.

Az 1994-es kormányváltás után mind az egészségügyi tárca vezetése, mind az országos tisztifőorvos személye, mind pedig a minisztérium felső vezetése féléves, éves gyakorisággal változott. Ezzel együtt változott az országos intézetek vezetőinek személye is, amely a népegészségügyi programok végrehajtása szempontjából, különösen az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) esetében jelentett gondot. Az OEFI-nek nemcsak a név- és vezetőváltásokkal kellett megküzdenie, hanem az államigazgatási rendszerben elfoglalt helye is kérdéses volt. Hol az ágazati államtitkár felügyelete alatt volt, hol pedig az Országos Tisztifőorvosi Hivatal⁴ alá rendelték. Mindez jellemző, az egészségfejlesztés hazai krónikáját hosszan kísérő dilemma. Egyik interjúalanyunk külön kiemeli, hogy a II. világháború előtt a népegészségügyi igazgatási kérdések közvetlenül a Belügyminisztériumhoz tartoztak, és a második Orbán-kormány is hasonló, magasan hierarchizált államigazgatási berendezkedéshez tért vissza, amikor az egészségpolitikai irányítást az Emberi Erőforrás Minisztériumhoz szervezte. A komplett ágazatközi partnerségi viszonyban működő egészségfejlesztésnek ez a modell semmiképpen sem felelt meg. A korszerű egészségfejlesztési, népegészségügyi tevékenység egy ágazathoz való szigorú hozzárendelése lehet, hogy látszatra megfelel az igazgatás igényeinek, de a korszerű és hatékony népegészségügy, egészségfejlesztés egyre inkább kormányzati prioritássá válik valamennyi fejlett országban. Ugyanakkor megjegyezték, hogy fenntartható ágazatközi mechanizmusokat Nyugat-Európában sem sikerült kiépíteni, jóllehet az Egyesült Királyságban és Svédországban próbálkoztak külön

⁴ Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) az ÁNTSZ központi igazgatási szerve, a népegészségügyi országos intézetek szakmai irányítója.

népegészségügyi minisztérium létrehozásával. Magyarországon a vertikális kormányzati rendszer hagyományaihoz való ragaszkodás politikai ciklusokat átívelőnek bizonyult. A megkérdezettek szerint ennek mikroszinten való leképeződése a NEVI-OEFI (nemzeti, majd országos egészségfejlesztési intézet) hányatott sorsa, országos szinten pedig a népegészségügyi programok kudarcainak egyik legfontosabb oka.

Az egészségfejlesztési szakemberek egy része az intézet ÁNTSZ-től való függetlenségéért küzdött (ami egyet jelentett az országos tisztifőorvostól való függetlenséggel), mert abban hitt, hogy hiteles és eredményes egészségfejlesztés csak az ágazatok közötti együttműködés műhelyeiben alakítható ki, így más ágazatok országos intézeteivel és az egyetemekkel való együttműködést tekintette feladatának. A szükséges együttműködésben az államtitkári felügyelet volt a megfelelő helyzet, ugyanakkor az ÁNTSZ mindenkori vezetése is ragaszkodott a NEVI-hez és irányítani akarta az intézet munkáját. Interjúalanyunk megfogalmazása szerint „végül győzött az ÁNTSZ”, ami véleménye szerint egyet jelentett a klasszikus porosz, felülről lefelé építkező, elsősorban szekunder prevenciót célzó intézményrendszerrel.

A népegészségügyi programok az interjúalanyok szemével

Miközben az egészségfejlesztés elmúlt három évtizedes múltját kellett értékelni, a rendelkezésre álló dokumentumok szinte kizárólag „népegészségügyi programok” voltak. A programkészítők meggyőződésén, szakmai felfogásán múlt, hogy a komplett stratégián belül hol találtak helyet az „új népegészségügynek”, az egészségfejlesztésnek. Gyakran fordult elő, hogy az egészségfejlesztési funkciók összemosódtak a hagyományos közegészségügyi tevékenység feladataival – vallják a megkérdezettek, akiknek véleménye szerint Magyarország az új népegészségügyet zászlajára tűző országok közül is úttörőnek számított az 1980-as évek második felében. Azt magam teszem hozzá, hogy bár a rendszerváltás miatt az egészségfejlesztés átmenetileg kikerült a politika, egészségpolitika érdeklődésének középpontjából, az 1997-es új egészségügyi törvény nevesíti az egészségfejlesztést és részletesen kitér annak főbb területeire.

Miközben a szakmai elit az 1980-as évek közepe óta biztosan magáévá tette az egészségfejlesztéssel kapcsolatos nemzetközi ismereteket, állásfoglalásokat, a gyakorlatban a megvalósítás nélkülözte a folyamatosságot. A 2010-ben hivatalba lépett Orbán-kormány

kivételével minden kormány elkészítette saját népegészségügyi programját, amelyet alapvetően meghatározott az adott kormányzat alapvető társadalompolitikai irányultsága. Minden népegészségügyi program a bevezetésben utalt ugyan a népegészségügy – egészségfejlesztés ágazatközi és interszektorális jelentőségére, mégis, a megfogalmazott tartalmi elemek döntően az egészségügyi ágazat kompetenciáján belül maradtak. Azt is kiemelték: egyetlen népegészségügyi program mellé sem készült monitorozási és értékelési terv, ahogyan pénzügyi tervezés sem történt a legutóbbi időkig, amikor a pénzügyi terv kizárólag a termékadó bevételére korlátozódott.

Valamennyi népegészségügyi program céljaként tűzte ki a születéskor várható élettartam növelését, amely a '90-es évek közepétől valóban növekedést mutatott. A születéskor várható élettartam növekedése és a mindenkori népegészségügyi programok közötti kapcsolat azonban nem igazolható, kivéve talán a magas vérnyomás kezelését, a stroke halálozás csökkenését, illetve a kis átmérőjű emlőrák korai felismerésének és kezelésének változásait, bár ezekre vonatkozóan nincs tudományos igényű elemzés. A születéskor várható élettartam növekedése a fentiekén túlmenően elsődlegesen a táplálkozási szokások változásával magyarázható, és leginkább a kuratív medicina tudományos technikai fejlődésének köszönhető.

Az összes program tartalmazta az egészségi állapotban is megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentésének szándékát. Az ország lakosságának körében az elmúlt harminc évben a meglévő társadalmi, gazdasági egyenlőtlenségek azonban folyamatosan növekedtek, és ezek nyilvánvalóan meghatározták, hogy az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek sem mérséklődtek. A népegészségügyi programokat tartalmi szempontból elemezve több interjúalanyunk véleménye volt az volt, hogy szinte kivétel nélkül a középosztályra összpontosítottak.

A hátrányos vagy halmozottan hátrányos területen élő népesség célzott programjaira talán csak az Európai Unió Strukturális és Kohéziós Alapjainak támogatásával megvalósuló Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP)⁵ keretén belül nyílt lehetőség, csakhogy

⁵ A Társadalmi Megújulás Operatív Program (rövidítve TÁMOP) az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) keretein belül jött létre 2007-ben és a társadalom megújulása prioritásának megvalósítását szolgálta az EU fejlesztési forrásrendszerén belül. A program 6 éven keresztül futott, vagyis 2013-ig tartott. Egyebek mellett az egészségi állapot és a munkavégző-képesség javítására irányuló projekteket hirdetett.

szándékukkal ellentétben ezek a projektek is elsődlegesen az ellátó rendszer hiányosságait igyekeztek kompenzálni, mintsem klasszikus értelemben véve az egészséget fejleszteni.

A népegészségügyi programok megvalósításához, működtetéséhez szükséges intézményrendszer, országos hálózat kialakítására számos próbálkozás volt, amelyet azonban rendszerint az újraépítés közben már el is kezdtek lebontani. A dolgozat befejezésekor már döntően csak a népegészségügyi hatósági funkciók érhetők el a területen. „A rendszer területi hálójára a párhuzamos bővítés, majd a rohamtempóban történő megszüntetés, leépítés volt a jellemző” - állapította meg egyik szakértőnk.

Az elmúlt harminc év alatt Magyarországon is megkezdődött az egészségfejlesztés, népegészségügy korszerű oktatása, így az ágazaton belül már lenne megfelelő létszámú humán erőforrás, de ezek finanszírozására nincs pénz. A forráshiány nyilvánvalóan visszahat az egészségfejlesztő képzésre is, hiszen a területen sem az államigazgatásban, sem az önkormányzatoknál nincs kereslet egészségfejlesztőkre.

Az egészségügyi ágazat az elmúlt harminc évben a forrásokért történő lobbizás szempontjából folyamatosan rossz érdekérvényesítőnek bizonyult. Az egészségügyi ágazaton belül különösen alulfinanszírozott volt a népegészségügy; a mindenkori költségvetési megszorítások esetén az első hely, ahonnan forráskivonás történt, mindig az egészségfejlesztés volt. Kérdés, ha egy rendszert alulfinanszíroznak, várható-e bármilyen eredmény, miként az is kérdés, hogy ha a finanszírozás a megszorítások miatt abbamarad, akkor értékelhető-e, nem kidobott pénz-e az addigi befektetés.

A mindenkori népegészségügyi programokra jellemző volt, hogy a maradék elv miatt sok apró, rövid ideig tartó programot, eseményt finanszíroztak, ezektől azonban nyilvánvalóan nem várhattunk értékelhető, fenntartható eredményt. A népegészségügyi programokba időszakonként jelentős külső forrást vontak be és jellemző volt a különféle alapítványok, nonprofit szervezetek támogatása; jó példa erre a Kormány megbízotti Iroda működése, amely a húszmillió forintos kormányzati forrás mellett összességében kétszázmillió forintos projektpénzből tudott gazdálkodni. Ez a forrásbevonás azonban csak időszakos volt. Az iroda megszüntetésekor a források is megszűntek, így a projektek is megfeneklettek.

A népegészségügyi programok tervezésekor egyetlen projektnek sem volt külön kommunikációs terve és forrása. Talán ennek is köszönhető, hogy a népegészségüggyel kapcsolatos belső államigazgatási kommunikáció sem volt megfelelő, így nem intézményesültek olyan fontos területek, mint az egészséghatás-vizsgálatok. Hasonlóképpen, a népegészségügyi program különböző elemei más-más tárcáknál voltak (környezet egészségügy: környezetvédelmi tárca; drogprevenció: szociális tárca) – hiányos horizontális kommunikáció és esetleges együttműködés mellett. Az együttműködési kísérlet, a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság tevékenysége sem jutott el sem az egyes tárcák szakpolitikáihoz, sem pedig a médiába.

A külső kommunikáció segítségével az egyes programok részüzenetei talán eljutottak a lakossághoz, de ennek szisztematikus vizsgálata is elmaradt. A médián keresztül történő egészségnevelés hatása ráadásul erőteljesen megkérdőjelezhető, tervezett népegészségügyi kommunikációs kampány az elmúlt harminc évben pedig csak elenyészően kevés alkalommal volt.

Az egészségfejlesztési gyakorlat általános értékelése

Abban az interjúalanyok körében teljes volt az egyetértés, hogy a mindenkori népegészségügyi – egészségfejlesztési programok célja a lakosság egészségi állapotának javítása, illetve az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentése. Az egyes programok azonban más megfogalmazást és másként meghatározott indikátorokat rendeltek a célok mellé. Az egymást követő kormányok világnézeti, társadalompolitikai meggyőződésüktől függően különböző módon látták az egészségi állapot javításához vezető utat.

A célok megfogalmazásában nem feltétlenül tértek el egymástól, a célok megvalósításának módja és a mellérendelt eszközök azonban nagyon is eltérőek voltak. Több megkérdezett adta azt a jellemzést, hogy a baloldali és a balliberális kormányok elsősorban közösségek bevonására helyezték a fő hangsúlyt és az életmód-változtatás közösségi módjait támogatták. A liberális egészségügyi miniszterek hajlottak arra a szemléletre, hogy az életmódot a személyes kompetenciák körébe utalják és az egészségmagatartást jobbra annak társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti meghatározóitól függetlenül értékeljék.

A jobboldali kormányok lényegesen nagyobb jelentőséget tulajdonítottak az orvosi megközelítéseknek, illetve népegészségügyi koncepciójukban megjelent a „victim blaming”, az áldozat hibáztatása, akár csak a tiltások, az elijesztés, a büntetés előtérbe helyezése.

A rendszerváltás óta egyetlen olyan népegészségügyi prioritás van, ami minden ciklusban a cselekvési programok finanszírozott és működtetett részét képezte, ez pedig a rosszindulatú daganatok közül a méhnyak- és a mellrák szűrése. A '90-es évek közepe óta napirenden lévő vastagbélrák szűrés országos kiterjesztése nem történt meg, és a magyarországi specifikum, a magas szájúregi rákhalálozás miatti alapellátási szűrési alkalmazhatósági vizsgálatnak sem lett folytatása.

A szakmai tartalmak megvalósításának értékelését legfőképpen az nehezíti, hogy a hosszú távra elképzelt népegészségügyi programok a rákszűrő programok kivételével nem voltak konzekvensen megtervezve, legfeljebb egy-egy költségvetési év tekintetében. Az egyes programok végrehajtását az állandóan változó személyi és intézményi feltételek ellehetetlenítették, így nem lehet állást foglalni, hogy vajon változott volna-e bármi is, lehetett volna-e a népegészségügyi programoknak bármilyen közvetlen eredménye. Nehezíti az értékelést az is, hogy a finanszírozás akadozott, illetve sok esetben csak az „ígérvények szintjén” valósult meg – vallják az interjúalanyok, akik az eddigi népegészségügyi, egészségfejlesztési programok eredményeként értékelték, hogy a köznyelvben az egészségfejlesztés kifejezés meghonosodott, és ma már hívó szóként szerepel. Sajnálatos módon a bizonytalan szakmai megalapozottságú termékek és programok piaci értékesítésekor is ennek a kifejezésnek a használatával élnek vissza.

Mint korábban a véleményeket összegezve már jeleztem, valószínűleg a népegészségügyi programok eredményének tekinthető a stroke halálozás csökkenése, mert az 1980-as évek végén nemzetközi viszonylatban is korszerű hypertonia program indult Magyarországon az egészségmegőrzés keretében, amely akkor a vérnyomásmérés fontosságát, az önvérnyomásmérés lehetőségét és a gyógyszeres kezelést hangsúlyozta. A rendszerváltással megnyíló gyógyszerpiac és a hazánkban megjelenő nagy gyógyszercégek az orvosok képzésével és motiválásával jelentősen hozzájárultak ahhoz, hogy a hypertonia kezelése nemzetközi összehasonlításban is kifejezetten jónak mondható. A '80-as években a népegészségügyi program által kezdeményezett vérnyomásmérési és gondozási modellt

lényegében a gyógyszeripar erőforrásainak felhasználásával sikerült jól működő, fenntartható tevékenységgé tenni. Ahogy interjúalanyunk fogalmazott, a piaci viszonyok segítettek.

Sok szempontból ehhez hasonlatos a koleszterin-csökkentő gyógyszerek magyarországi története, miközben az egészséges táplálkozás meghonosítását célzó programok ellehetetlenültek (Szívbarát), és szinte alig történt valami a lakosság szabadidős fizikai aktivitásának javítása érdekében. Másként fogalmazva: a lakosság életmódjának megváltoztatására tett kísérletek erőforrás hiányában nem is lehettek eredményesek. A különböző települési, munkahelyi, iskolai egészségfejlesztési színtérprogramokban megjelentek ezek a tényezők, de a széttagoaltság miatt kérdés, hogy az egyes részprojektek befejezése után a változások mennyire maradtak fenntarthatóak.

Ugyanígy kiemelés érdemel, hogy még az államszocialista rendszerben megkezdődött az AIDS-megelőzés, illetve az akkor kibontakozó civil élet egyik legelső szereplője volt az AIDS Alapítvány. Az egészségmegőrzési programmal közös tv-spotjai, a spotot aláfestő füttyszó, az óriásplakáton szereplő kondom messze túlmutatott a kor szocialista ízlésvilágán, és nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedően jónak bizonyult. Magyarország azonban csak a 2010-es évekig rendelkezett AIDS-stratégiával. A nagyon korán elkezdett és a kezdetekkor biztosan kiemelkedő színvonalú megelőzés eredménye, hogy Magyarország sokáig az alacsony fertőzöttségű országok körébe tartozott. Félő, hogy napjainkban a prevenciós tevékenységek megszüntetése nagyon gyorsan a HIV-fertőzöttek számának növekedéséhez vezet.

A megkérdezettek közül néhányan hiányolták az egészséghatás vizsgálatok bevezetésének elmaradását. Az egészséghatás vizsgálatokkal kapcsolatos ismereteket az Országos Egészségfejlesztési Intézet megjelentette ugyan módszertani füzetekben, de csak a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kara végzett ilyen vizsgálatokat (pl. a nemdohányzók védelméről szóló törvénytervezetről), kormányzati megrendelés gyakorlatilag nem volt.

Amellett, hogy az intézményrendszer személyi állományát tekintve folyamatosan szűkült, az alapfinanszírozás csak a működtetési költségeket fedezte. Ez „elég volt az életben maradáshoz”, de minden további feladathoz pályázni kellett a forrásokért. A pályázató és a pályázó népegészségügyi elképzelései azonban nem minden esetben egyeztek meg, és még ha volt is forrás, a projektfinanszírozás után elmaradt az eredmények intézményesülése. Ennek

két alapvető feltétele – amit több válaszadó is kiemelt –, hogy az eredmények figyelembe vételével jöjjön létre új jogi szabályozás, illetve a népegészségügyi, egészségfejlesztési projektek által elért eredmények fenntartására folyamatosan álljon rendelkezésre a megfelelő költségvetési forrás.

Minden megkérdezett szerint a világbanki projektekből származó legjelentősebb eredmény a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája és a Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központja, amelyek ma is élnek és működnek. Vannak azonban kiváló kezdeményezések, melyek elhaltak: a világbanki finanszírozásból fejlesztett iskolai egészségfejlesztési tervet például sosem vezették be, és napjainkban már az a civil szervezet is megszűnt, amelyik a projektben fejlesztett anyagokat eljuttatta volna az iskolákba.

A jelenlegi oktatási kormányzat elképzelései alapvetően különböznek attól a készségintű, egyéni választáson alapuló egészségfejlesztési gyakorlattól, amit angol nyelvű tananyag adaptálásától reméltek a fejlesztők.

A dohányzás megelőzése és a dohányzásról való leszokás elősegítése a népegészségügyi programok prioritásai közé tartozott – nagyon változó finanszírozási feltételek mellett. A 2003-ban elfogadott Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt (FCTC) a szocialista kormányzat ratifikálta (2005), és első lépésként kialakította a zárt légtérben való dohányzás korlátozására vonatkozó jogszabályokat. A dohányzás visszaszorítására vonatkozó jogszabályok döntő többségét azonban 2010 után a jobboldali többségű parlament fogadta el, és a legutóbbi, úgynevezett árusítási koncessziókat előíró törvény népegészségügyi szempontú elemzése a dolgozat lezárásakor még várat magára.

A chipsadó bevezetése nem vezetett számottevő életmód-változtatáshoz, a bejövő forrás messze elmaradt a tervezettől. A második Fidesz-kormány szinte a megalakulásakor bejelentette az otthoni, ötven literig adómentes szeszfőzés engedélyezését. Ennek nyilvánvalóan nagyon kártékony egészséghatása van, ugyanakkor a cinikus elemzők azt mondják, hogy nem történt más, mint az eddigi gyakorlat legalizálása.

A játékgépek azonnali betiltása a szenvedélybetegek számát nem változtatja meg, a kezelés helyett ellenőrizhetetlen, átláthatatlan irányba tereli ezt a betegcsoportot, állítja az egyik véleményben az egyik válaszadó. Külön példaként említi ezt a tiltó jogszabályt, hiszen sem

előtte nem volt hatásvizsgálat, sem a bevezetés utáni monitorozásra, értékelésre felhasználható adatbázis nem állt rendelkezésre. Így összességében kérdéses, hogy a dohányzás, alkohol, drog területén van-e, és ha igen, akkor mely tevékenységnek van mérhető és fenntartható eredménye.

A baloldali kormányok alapvetően számoltak az egészség társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti meghatározóival, népegészségügyi programjaikat holisztikus szemlélet alapján tervezték. Az ágazatközi megközelítést azonban a gyakorlat semmilyen módon nem igazolta. A Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság viszonylag rövid ideig működött, és mint azt a válaszadó az interjú során kiemeli, nem tud olyan intézkedésről, illetve finanszírozási változtatásról, amely a bizottság munkájának a következménye lett volna.

A legfontosabb népegészségügyi programok körébe tartozott a 25 évre tervezett gyermekszegénység elleni program (75), ami a legjelentősebb egészségfejlesztési, népegészségügyi beruházás lehetett volna. Interjúalanyom külön kiemeli, hogy bár az ifjúság egészségfejlesztése beruházás a jövőbe, ennek a programnak a tervezésébe a népegészségügyi, egészségfejlesztési szakembereket nem vonták be, az együttműködés csak a megvalósítás fázisában kezdődött meg. A 2010-ben megválasztott második Orbán-kormány ezt a programot megszüntette, munkatársait elküldte, így eredményekről egyáltalán nem beszélhetünk.

Minden válaszadó ismételten kiemeli a „zászlóshajó” Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola működését. Ugyanakkor szinte mindegyikük megjegyzi, hogy az iskola által képzett, magasan kvalifikált magyar szakemberekre finanszírozás hiányában nincs kereslet.

A népegészségügyi programok tervezésekor a kommunikáció, a monitorozás, az értékelés nem szerepelt a szakmai tervekben és az ezekhez szükséges erőforrásokat sem jelölték meg. Nem volt olyan népegészségügyi kezdeményezés, beleértve a népegészségügyi szűrővizsgálatok rendszerét, amelyet ennek alapján terveztek volna meg – emelik ki a megkérdezettek, azt is hozzátéve: a népegészségügyi programok végrehajtásához nem lehet csak felülről lefelé építkezni. A helyi problémákat nem lehet figyelmen kívül hagyni, így a népegészségügyi programnak helyben is jó egészségfejlesztési tevékenységeket kellene indítania, különös figyelemmel a helyi problémákra. Azonban általánosságban elmondható, hogy sem a programok tervezése, sem a megvalósítás nem felelt meg ezeknek a feltételeknek.

A magyar gyakorlatban a partnerségi viszony, együttműködés még mindig szokatlan, a rendszer csak alá-fölérendeltségben és bürokráciában tud működni. Ahogy a horizontális együttműködések nem alakultak ki az országos szintű intézmények között, ezek elégtelenül működtek a területen is. Azzal pedig, hogy az ÁNTSZ és területi intézményei megszűntek és szakigazgatási szervvé alakultak, az OTH és intézetei olyan felépítményt jelentenek, aminek nincs alapja – összegezhető a megkérdezett szakemberek véleménye.

Az egészségfejlesztési programokhoz rendelt erőforrások

A rendszerváltás előtt az 1986-os program minden szempontból magában hordozta a korszerű egészségfejlesztés elvi és gyakorlati megvalósításának lehetőségeit. Intézményfejlesztés és területi hálófejlesztés is történt, a fejlesztéseket azonban a rendszerváltoztatás megállította, mert mások lettek a prioritások.

A rendszerváltoztatás utáni egészségfejlesztési programokról szólva két „kegyelmi állapotot” nevesít több válaszadó is. Az első az 1986-os program folytatása a világbanki projektek kapcsán.

A rendszerváltás utáni második nagy nekirugaszkodás a Nemzeti Népegészségügyi Program indítása volt 2003-ban. Végrehajtásához azonban nem jött létre sem horizontálisan, sem pedig vertikálisan a megfelelő hatáskörrel rendelkező kormányzati szervezet, és az első két-három évet leszámítva számottevő finanszírozás sem volt.

Az egészségfejlesztési projektek működtetéséhez tartósan nem volt infrastruktúra. Az ÁNTSZ-ek területi szervezetei alkalmasak lehetnek volna az egészségfejlesztés területi bázisának kiépítésére, azonban a humán erőforrás és a motiváltság is hiányzott.

Kiemelt cél lett volna az ÁNTSZ egészségfejlesztőinek felkészítése az európai uniós projektek forrásainak megpályázásához szükséges szakmai segítségnyújtásra, illetve később a projektek megvalósításában való hatékony részvételre. A területen dolgozók képzése a különböző projektek ürügyén több alkalommal is megkezdődött, de az első lépések után a folytatás mindig elmaradt. Utólag visszatekintve egy-egy képzés talán nem volt hiábavaló, de biztosan nem volt elegendő, és mert a képzésben részt vevők azóta, még ha az ÁNTSZ

rendszerében maradtak is, akkor is legfőképpen hatósági feladatokat látnak el, így a tanultaknak közvetlen felhasználására, hasznosítására nem nyílt módjuk.

A tudásamortizáció mellett nyilvánvalóan szerepet játszott az is, hogy a különböző megszorítások kapcsán elsősorban azokat a munkatársakat kellett leépíteni, akik a szolgáltató funkciókban tevékenykedtek, illetve sok helyen előfordult az is, hogy ugyanaz a munkatárs munkaidejének egyik részében ellenőrző hatósági funkciót töltött be, majd a munkaidő másik részében ugyanazon lakosok számára egészségfejlesztési szolgáltatást kellett volna nyújtania.

Az ÁNTSZ területen dolgozó munkatársainak képzése lehetőséget teremthetett volna arra, hogy a helyi társadalomban a különböző ágazatok képviselői és a különböző tudományágakat képviselő emberek együttműködjenek a helyi közösségek egészségfejlesztése érdekében. Ezt a célt szolgálta volna a TÁMOP-projektek forrásallokációja, amely azonban a pályázat kiírása idejére már eltűnt a pályázat céljai közül.

Az ÁNTSZ vezetése rendszeresen kész modellprojekteket szeretett volna megvalósítani a területen, és nem értette, hogy a kész modellprogramok nyilvánvalóan csak abban az esetben hatékonyak, ha a területen valóban meglévő problémákra úgy kívánnak megoldást nyújtani, hogy helyben megvannak ehhez a megfelelő partnerek.

Ugyanígy, a népegészségügyben reneszánszát éli a különböző komplex szűrőbuszokkal és szórakoztató műsorokkal történő országjárás, ezeknek azonban valós népegészségügyi haszna kevés: sokkal inkább aktuális politikai célokat szolgálnak, mintsem a lakosság egészségét. Az üzenetük olyan értelemben is rossz, hogy azt sugallják az embereknek, hogy gondoskodnak róluk. A szisztematikus helyi egészségfejlesztési tevékenységet ilyen látványos akciók váltották fel. Mindez megjelenik az ÁNTSZ éves jelentéseiben is, amelyekből úgy tűnhet, hogy sok minden történt a területen. Valójában ezek azonban egészségfejlesztési szempontból értelmezhetetlen tevékenységek, amelyeknek monitorozása, értékelése sosem volt, hatását soha nem vizsgálták.

Interjúalanyaim véleménye megoszlott abban a tekintetben, hogy ez az „awareness raising” (figyelemfelhívó, éberség-fokozó) vagy motivációs hatás mennyire fontos. Megegyeztek azonban abban, hogy ezek a kommunikációs elemek talán a középosztály számára jelentenek valamennyi egészségfejlesztési lehetőséget.

Az interjúkból nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségfejlesztési programokhoz rendelt erőforrások folyamatosan változtak mind az intézmények, mint az infrastruktúra, mind pedig az emberi erőforrás tekintetében.

Az egészségfejlesztés magyarországi meghonosodásának kedvezett, hogy a nemzetközi együttműködések miatt jól képzett szakembergárda alakult ki a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben, majd a jogutód Országos Egészségfejlesztési Intézetben, amely egy ideig az Egészségügyi Világszervezet Európai Egészségfejlesztési Kollaborációs Központjának is otthont adott.

Az egészségfejlesztési szakemberek képzésének kezdetekor az ösztöndíjak és a nemzetközi fórumokon való részvételi lehetőség komoly segítség volt. Az elmúlt két évtizedben szerencsésen felnőtt egy fiatal generáció, amely számára a nyelvi nehézségek egyre kevésbé jelentettek korlátozó tényezőt. Az egyetemeken meghonosodott a mentálhigiénikus-egészségfejlesztő képzés, és ma inkább az jelenti a nehézséget, hogy az ezekről a szakokról kikerülő fiatalok részére – mint már jeleztem, elsősorban az anyagi források hiányában – nincs a képzettségüknek megfelelő munkalehetőség.

Amikor a KÖJÁL-ok bázisán az ÁNTSZ területi rendszerét kialakították, a tisztiorvosi hálózat a beosztástól függően különböző szintű képzéseken vett részt, de ezekből a képzésekből nem lett működő akkreditált képzési rendszer. Az ÁNTSZ 2008-ban ismételten kísérletet tett arra, hogy a Pécsi Egyetemmel együttműködve, a dolgozók számára kötelező akkreditált képzési rendszert vezessen be, ez a rendszer azonban a kormányváltással megszűnt, már csak azért is, mert az ÁNTSZ területi hálójában lényegében már csak hatósági funkciókat lát el a kormányhivatalokon belül, egészségügyi szakigazgatási szervként. Durván fogalmazva kijelenthetjük, hogy az egészségfejlesztés területi hálózatát „számos megszorítás után megszüntették”, s ma lényegében csak a szűrési koordinátorok dolgoznak.

Az egészségfejlesztéssel kapcsolatosan – a fogalmon túlmenően – az intézményrendszeréről és a gyakorlatról is tömören elmondja a véleményét az a megkérdezett, aki az ÁNTSZ dolgozók szóhasználatából idéz: „kimegyek az iskolába egészségfejlesztetni”, vagy „leadom az egészségfejlesztési órát”. Vagyis, miközben az ÁNTSZ intézményrendszerének feladata

volt az egészségfejlesztés, a szóhasználat és a megfogalmazások módja utal a paternalisztikus, klasszikus értelemben vett egészségnevelői hozzáállás túlélésére.

Az egészségfejlesztési programok magyarországi tudományos és civil háttere

A válaszadók által kiemelt első ilyen civil szervezet még az államszocializmusban az akkor gyógyíthatatlan fertőző betegség, az AIDS megelőzésére jött létre. Ezt több válaszadó is mérföldkőnek tekintette. Az első önszervező csoportok, civil szervezetek azonban már a rendszerváltás környékén megjelentek az egészségfejlesztés területén. Létrejöttüket segítette, hogy a Társadalombiztosítási Önkormányzatnak elkülönített kerete volt betegségmegelőzésre. Egyik válaszadónk hangsúlyozta az ezzel kapcsolatos kezdeti anomáliákat, példaként említve egy számára azóta is bosszúságot okozó, lótenyésztést célzó forrást. Ugyanakkor kétségtelen tény, hogy számos jó példa is akadt, és lehetséges volt rövid távú finanszírozást találni az egészségmegőrzési tevékenységhez.

Az egészségfejlesztők elképzelése azt volt, hogy ezek a civil kezdeményezések számos korábbi állami feladatot átvesznek és a területen hatékonyan működtetnek majd. Az egészségfejlesztés területén működő civil szervezetek élettörténete egyébként két tényezőhöz kapcsolható. Az egyik az a kezdeti fellángolás, majd lassú haldoklás, ami a rendszerváltás után a civil szférát jellemezte. A kifejezetten egészségfejlesztési célú civil szervezetek megalakítását a megpályázható források jelentősen katalizálták, majd ezeknek a forrásoknak az elapadása, illetve az egészségfejlesztés, mint prioritás perifériára kerülése ezeket a szervezeteket is lassabb vagy gyorsabb leépülésre, megszűnésre ítélte. A kis helyi szervezetek nem voltak képesek a Nemzeti Civil Alap (NCA) forrásait megpályázni, más forrás pedig nem nagyon volt számukra. A „fund raising” hiányzik még a magyar civil szektorból,⁶ illetve a gazdasági válság és a civil-önkéntes szerveződésekkel kapcsolatos politikai koncepcióváltások sem kedveztek e szféra fejlődésének.

Az egészségfejlesztés korszerű elméletének és gyakorlatának meghonosítására 1991 júniusában létrejött a Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) – emelik ki a megkérdezettek közül többen is. Az eredeti misszió az volt, hogy a különböző tudományágak népegészségüggyel kapcsolatos ismereteit összehangolják, az egészség érdekében

⁶ Fund raising: társadalmi-lakossági pénzeszközök mozgósításával igyekszik kiegészíteni vagy teljes mértékben fedezni egy-egy feladat költségvetési kereteit.

kialakítandó ágazati együttműködés tudományos alapját megteremtsék. A társaság iránti érdeklődés már a '90-es évek végére jelentősen csökkent, majd a társaság munkája egyre inkább az egészségügyi ágazaton belüli népegészségügyi kérdésekre koncentrált. Ennek okai közt szerepel más tudományágak képviselőinek érdektelensége, illetve az egészségügyi ágazat érdektelensége a népegészségügyben megjelenő nem orvosi kérdésekkel kapcsolatosan.

A NETT megalakulásakor a Magyar Higiénikusok Társasága már sok évtizedes múltta tekintett vissza; elsősorban járványügyi kérdésekre fókuszált. A két társaság együttműködése nem volt zavartalan, ugyanis a népegészségügyben dolgozók jelentős része már csak a hagyományok miatt is inkább a Higiénikus Társaság kompetenciájába tartozó tudományos megközelítésekkel ért egyet, amelyek javarészt az egészségügyi ágazaton belüli megközelítést jelentik. Az értekezés bevezetőjében vázolt fogalmi bizonytalanságok is ezt a szakmai rivalizálást tükrözik.

A Népegészségügy című folyóirat többszöri nekifutásra szerencsésen megújult. A korábban Egészségnevelés címen kiadott folyóirat Egészségfejlesztés néven jelent meg 2004-től, példányszáma azonban folyamatosan csökkent.

A WHO számos szintér megközelítésen alapuló kezdeményezése megjelent Magyarországon is, így szinte elsőként csatlakoztunk az Egészséges Városok Mozgalomhoz, az Egészségbarát Kórházakhoz, Egészséges Iskolákhoz, Egészséges Munkahelyekhez. Ezek a civil szervezetek magukévá tették a legkorszerűbb nemzetközi javaslatokat, finanszírozás hiányában azonban taglétszámuk nem bővült, illetve a kezdeményezések nem, vagy csak részben bizonyultak fenntarthatónak.

Az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységeket számos pályázat segítette, s ebben úttörő volt a Soros Alapítvány. A települési egészségterv koncepció az alapítvány Népegészségügyi Kuratóriumától indult, majd 2003-tól a Népegészségügyi Program keretén belül is nyílt pályázati forrás a települések számára. A modell lényegében az Egészséges Városok koncepció kistelepülések számára történő adaptálását jelentette. Míg a WHO által kezdeményezett Egészséges Városok mozgalom elsősorban a helyi rendeleteken keresztül és a helyi források egészségbarát allokálásával igyekezett elősegíteni a város színtereinek egészségfejlesztését, addig a kistelepüléseken elsődlegesen a helyi közösségfejlesztést, a helyi szükségletek felismerését és a helyi stratégiai tervezést próbálta elősegíteni. A Soros

Alapítvány kezdeményezése elsősorban az alulról fölfelé építkező civil szervezetek munkáját akarta segíteni, a helyi demokráciát erősíteni a jobb egészség érdekében. Amikor az Egészség Évtizede Népegészségügyi Program forrásaiból folytatódott a települési egészségterv mozgalom, akkor a pályázók az önkormányzatok lehettek, mert az volt a cél, hogy minden magyarországi önkormányzatnak legyen olyan stratégiai terve, melynek célja a helyi lakosság egészségfejlesztése. Az egészségtervekre szánt civil források elsősorban a helyi civileket célozták, a kormányzati források pedig az önkormányzatiságot akarták erősíteni. Később azonban mind a kormányzati, mind a civil források elapadtak, így az egészségterv mozgalom túlélése, épp' úgy, mint az összes többi szintér programé, alapvetően kérdéses.

A gyógyszeripar számos egészségfejlesztéssel foglalkozó civil szervezetet támogatott. Volt erre egy külön alapítványuk is, Tegyük Egészségünk Színvonaláért elnevezéssel (TESZ). Megjegyzendő azonban, hogy ezek a kezdeményezések legfőképpen a másodlagos megelőzés területén működtek. A teljesség igénye nélkül ki kell emelnem a rosszindulatú daganatos betegségben szenvedőket segítő szervezeteket, a sztómával élők ILCO Szövetségét, a cukorbeteg klub mozgalmát vagy az Asztmás Betegek Szövetségét. Ezek a szervezetek később a személyi jövedelemadó 1%-ára is pályázhattak, amely forrás nagymértékben elősegítette fenntarthatóságukat. A kis civil szervezetek azonban forráshiány miatt folyamatosan ellehetetlenültek. A népegészségüggyel foglalkozók részéről számos kísérlet volt az egészségfejlesztéssel foglalkozó kis/helyi civil szervezetek feltérképezésére, a kezdeményezés azonban sosem volt igazán sikeres.

A világbanki programokból származó know-how-t felhasználhatták az egyes projektek tudásbázisán kialakult civil szervezetek, ezek azonban áldozatul estek a civil szféra finanszírozási anomáliáinak. Azzal, hogy a gyógyszeripar nyeresége szignifikánsan csökkent, a 2010-es évek kezdete óta egyre inkább visszaszorult szerepük a civil kezdeményezések anyagi támogatásának területéről.

A népegészségüggyhez kapcsolódóan ma már leginkább csak néhány beteg-érdekvédelmi szervezet működik, amelyeknek elsődleges célja a betegek életminőségének javítása, így munkájukban nagyon kevés olyan terület lelhető fel, amely az egészségfejlesztésre koncentrál.

Az egészségfejlesztés finanszírozása

A finanszírozás kérdését minden megkérdezett sarkalatos területnek ítélte meg. A népegészségügyi programokat szinte minden kormányzat legalább tíz évre tervezte, viszont a projektek finanszírozása minden esetben egyéves volt, szorosan a költségvetéshez kötött módon. A projektek egy éves időtartama hatékony tevékenységre nyilvánvalóan nem volt elegendő. Az egészségfejlesztés esetén ez az időtartam rövid és szinte minden esetben elmaradt a projekt folytatásának finanszírozása, akár egy következő projekt keretein belül, akár egy következő költségvetési évben. Ennek megfelelően a korábbi ráfordítások sem tudtak hasznosulni, sőt kontraproduktívvá, demotiválóvá váltak. Minden szakember úgy látja, hogy az egyes kormányváltások kapcsán elhangzott ígéretetek, programok, projektek a ciklus során kikerültek az egészségügyi tárca érdeklődési köréből, és a legjobb kezdeményezések is elhaltak.

Az önkormányzatok forráshiánya miatt a helyi kezdeményezések tartós finanszírozására nem volt lehetőség, így egy-egy sikeres pályázati forrás felhasználása után a fenntartáshoz szükséges pénz nem állt rendelkezésre. Ugyanakkor van olyan válaszadó, aki a piac érdekeit hangsúlyozza, amelyek valamelyest segítettek pl. az egészséges táplálkozás vagy a szabadidő sport meghonosításában.

Az egészségügy valamennyi kormányzati ciklus rossz érdekérvényesítő és mostohán kezelt ágazata volt. Minden kormányzat ígéretében szerepelt az ágazat reformja, ami mellé a szükséges források allokációja viszont mindig elmaradt. Az egészségügyi ágazat finanszírozását sok éven keresztül a lyukas hordó hasonlattal jellemezték, ami értelemszerűen azt jelentette, hogy nem érdemes pénzt tenni a rendszerbe, hiszen az csekély hatékonyság mellett úgyis elfolyik. A köznyelvben az egészségügyi ágazat finanszírozása lényegében a kórházak működtetésére vonatkozott, és médiahírt is szinte minden esetben csak a kórházakkal kapcsolatos anyagi problémák jelentettek. A „befektetés az egészségbe” koncepció nemcsak a döntéshozók, de a lakosság számára is meglehetősen idegenül hangzott. Ha az egészségügyi ágazat önmagában rossz érdekérvényesítő volt és maradt, a népegészségügyi szakemberek ezen belül is a sor végén kullogtak.

Egyik válaszadónk véleménye szó szerinti idézetként kívánkozik ide: „Az egészségfejlesztés, tágabb értelemben a népegészségügy pénzügyeit, gazdasági kérdéseit a szakpolitika mostohán

kezelte. Az egészségügyi ellátórendszerrel foglalkozó elemzők számára a népegészségügy jelentéktelen súlyú, periférikus terület, finanszírozási problémái politikai vitát sem generálnak. A szakterület országos intézményeiben pedig önsorsrontó, a tárgyalóképességet gyengítő módon egyáltalán nem folyik semmiféle az egészségfejlesztés, a megelőzés pénzügyi, gazdasági kérdéseivel foglalkozó szakmai, módszertani tevékenység.

A népegészségügyi intézmények vezetői energiáik jó részét ugyanakkor a célfinanszírozási lehetőségek feltárására és a pénzek pántlikázása érdekében folytatott lobbizásra fordítják, a szakmai konferenciák szüneteiben a folyosókon pedig az egyik fő téma a pénzhiányra való panaszkodás.”

A kérdés megközelítésének másik oldala, hogy míg az ágazat működtetéséhez szükséges források számításához szükséges adatbázisok jól-rosszul rendelkezésre álltak és állnak, addig az egészségfejlesztési program költségigényét a szakemberek sosem becsülték meg összességében; átfogóbb költséghatás-elemzés az egyes népegészségügyi intézkedések esetében csak nagyon ritkán jelent meg. Senki nem számította ki, hogy egy komplett népegészségügyi programnak milyen éves költségvetésre lenne szüksége ahhoz, hogy tíz év ráfordítás után valamilyen mérhető, értékelhető eredmény mutatkozzon. A népegészségügyi tevékenységekre fordított források hasznosulása nagymértékben kérdéses, hiszen a megkezdett hosszú távú tevékenységek vagy eleve alulfinanszírozottan indultak, vagy finanszírozás hiányában megszűntek, így a megszűnésig ráfordított források sem hasznosultak igazán, azaz joggal tűnhetnek sok közgazdász számára kidobott pénznek. Az egyetlen tevékenység, ami valóban hosszú távon finanszírozott volt, az az Országos Tisztiorvosi Hivatal által irányított mellrák szűrés és méhnyakrák szűrés behívás kommunikációja. Erre a tevékenységre durván évente 200–300 millió forint állt-áll rendelkezésre. A változó jogszabályi környezet, az állandó szervezési problémák miatt azonban ennek a forrásnak a hasznosulása is csak számos kérdőjellel értékelhető, ahogy erre az Állami Számvevőszék jelentése (76) is kitért. Megjegyzendő viszont, hogy a szűrés szervezésével foglalkozó szakemberek véleménye szerint a valós eredmények nagyságrenddel jobbak, mint ami az általuk gyűjtött adatbázis alapján megállapítható.

Nagy kérdés, hogy finanszírozási- és eredmény szempontból hová kell sorolni az iskolai egészségfejlesztési tananyagot („Egészséges élet”), amelyet világbanki forrásokból adaptáltak és működtettek néhány évig. Nem volt olyan oktatási kormányzat, amely az iskolában a

konzervatív megközelítés által „egészségnevelés”-nek nevezett, a korszerű szemlélet által egészségfejlesztésnek hívott tantárgyat bevezette volna. A tananyag terjesztésére vállalkozó civil szervezet – mint már jeleztem – a források hiánya miatt megszűnt. Kérdés, hogy ez az erőfeszítés anyagi és szellemi értelemben egyaránt kidobott pénz lett-e. A felvetés azért is jogos, mert a jelenlegi oktatási rendszer-átalakítás minden szabad óraszámot „betöltött”, így a válaszadó nagyon szkeptikus abban, hogy az egészségfejlesztésnek lesz-e bármikor helye az iskolai tananyagok között. Ezek közül a színtér programok közül tulajdonképpen csak egyetlen fenntartható elem maradt, az egészséges munkahelyeké, melyet egy civil szervezet működtet nemzetközi pályázatokból, az üzleti szféra érdekeinek megfelelően.

Viszonylag jelentősebb forrás jutott a települési fókuszú egészségterv programokba. A kezdetekkor az egészségterv program elsősorban a településeken lévő, a jobb egészség érdekében tevékenykedő civil szervezetek, civil mozgalmak, a helyi demokrácia megerősítését célozta, és a Soros Alapítvány, illetve más nagy civil szervezetek forrásait használta. A Nemzeti Népegészségügyi Program a megpályázott források révén azt szeretne volna elérni, hogy az egyes helyi közösségek egészségfejlesztése hosszú távú stratégiai terv mellett, éves pályázatok alapján, lépésről lépésre valósuljon meg – a helyi társadalom tagjainak ágazatközi együttműködésében. A népegészségügyi program első harmadában volt finanszírozás, azonban a korábbi ígéretek nem valósultak meg, a finanszírozás megszűnt. Kérdés, hogy a korábban befektetett források mennyire hasznosultak, a teljesítés nélkül maradt ígéretek pedig mennyiben okoztak hitelességvesztést az elkövetkezendő időszakokra.

A TÁMOP-forrásból finanszírozott projektekről az interjúk idején annyit lehetett biztosan tudni, hogy az erre a programozási időszakra szánt összeg felhasználására nem marad idő, bármennyire is szükség lenne rá. Nem tudni, hogy a választási kampányokhoz és világnapokhoz kapcsolódóan, részben hátrányos helyzetűek mobil szűrési programjainak működtetésére fordított források mennyire számítanak „kidobott pénznek”. Jelentőségük – ha van egyáltalán – az, hogy a másodlagos megelőzés színvonalát javíthatták volna, azonban az erre fordított források mértéke ehhez nem volt elegendő, a hatás értékelésére pedig nem volt valós próbálkozás. Többször volt már szó ebben az értekezésben a chipsadóról és a dohánytermékek megemelt jövedéki adójáról. Ezek a finanszírozás szempontjából a bevételi oldalon jelennek meg, de mert nem fordítódnak népegészségügyi célokra, így nem is célunk értékelni ezt a területet.

Ágazatköziség és interdiszciplinaritás

A horizontális együttműködés gyakorlata nem alakult ki Magyarországon a tudományágak és az államigazgatás szakmai ágazatai között, így az egészségfejlesztés lehetséges és szükséges partnerei rendszerszerűen sosem működtek együtt. Ez lényegében valamennyi megkérdozett közös álláspontja volt. Az intézményi struktúra a kormányváltásokkal, átalakításokkal olyan gyorsan változott, hogy ezek az intézményes kapcsolatok – bár sokszor volt ilyen irányú elhatározás –, az állandó változás, átalakítás miatt nem is épülhettek volna ki. Az együttműködés legfőképpen a személyes kapcsolatokon múlt, ezért a személyi változások miatt a legjobb kezdeményezések is elbuktak. Az egyik válaszadó megfogalmazását idézve „az érdekhordozók valós együttműködésén és szakmai egyeztetésen alapuló stratégiai gondolkodás hosszabb távon sosem tudott megvalósulni”.

Az egészségügyi ágazaton belül sem volt jellemző az együttműködés az alapellátás különböző szereplői között. Számos elemző számon kéri az alapellátás preventív szerepének elhanyagolását, azonban sem strukturálisan, sem finanszírozási szempontból nem volt olyan érdekeltség a rendszerben, amely – egy-egy projekt viszonylag rövid idején túlmenően – ezt az együttműködést segítette volna.

Az együttműködés lehetőségét két intézmény teremthette volna meg: a Kormány megbízotti Iroda, amelyhez azonban sosem rendeltek elegendő erőforrást, illetve a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság, melynek eredményeiről a korábban e munkában részt vevő megkérdozettjeink sem tudtak beszámolni. Egy válaszadó külön kiemeli, hogy volt egy olyan költségvetési év, amikor egyes ágazatok költségvetéséből kiemelték azokat a tevékenységeket, amelyek az egészséget kedvezően befolyásolhatták volna. Ez utólagos értékelés volt és nem célzott forrásallokáció, mégis mindössze egyszer történt meg, hogy legalább utólag kísérlet történt az egészségfejlesztéssel kapcsolatos kiadások összegzésére. A szektorokon átívelő tevékenységek kudarca jól nyomon követhető azoknak az eseményeknek a kapcsán, amelyek lényegében ellehetetlenítették a civil szférát. Az üzleti szférával való együttműködés kezdetben ígéretes esélye a 2008-as gazdasági válsággal gyakorlatilag elszállt, illetve partneri viszony helyett felváltotta az üzleti szféra „kiemelt szereplőjének kiemelt adóztatása”. Bár számos próbálkozás történt a társadalmi felelősségvállalás égisze alatt, tartós és megfelelő mértékű forrásbevonás sohasem történt.

A népegészségügyi, egészségfejlesztési programok célcsoportjai és az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek

Valamennyi népegészségügyi program prioritásaként megjelent a magyar lakosság egészségi állapotának és halandósági viszonyainak közelítése a fejlett nyugat-európai országok egészségi állapotához és halandósági viszonyaihoz. Cél volt az is, hogy a magyar lakosság körében kimutatott egészségi állapotban és halandósági viszonyokban meglévő területi és társadalmi egyenlőtlenségeket feltétlenül csökkenteni kell, ez azonban az elkészített cselekvési tervek során szinte sosem jelent meg a maga komplexitásában.

Mindegyik interjúalany említést tesz az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek mérséklésének fontosságáról, véleményük szerint azonban a tervezéskor ennek megfelelő tevékenységi irányok és forrásallokáció lényegében csak az Egészség Évtizede Programban jelent meg, de ott is csak a tervek között. Ahogy ezt az egyik interjúalany kiemelte: „Az egészségi állapotban, halandósági viszonyokban megnyilvánuló egyenlőtlenségek a Black jelentés (77) óta nyilvánvalóak a nemzetközi irodalommal foglalkozók számára, Magyarországon pedig már a '80-as évek elején hozzáférhető volt Budapest lakosságának halálozási vizsgálata. Itt már ebben az időszakban akkorák voltak a halálozási egyenlőtlenségek a jó helyzetű budai kerületek és Pest VII., VIII. kerülete között, mint az akkori fekete Afrika és az NSZK között.” A '90-es évek végére valamennyi nemzetközi útmutatóban dominánssá is vált az egyenlőtlenségekre vonatkozó kutatások és az egyenlőtlenségeket befolyásoló népegészségügyi lehetőségek fontosságának hangsúlyozása.

Az egyik válaszadó külön kiemelte: paradox módon még az is lehetséges, hogy a működő egészségfejlesztési programok az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségeket tovább növelték, amennyiben pedig volt bármilyen hatásuk, az legfeljebb a középosztály egészségi állapotát javíthatta.

Az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek nagy valószínűséggel együtt nőttek a társadalomban meglévő egyenlőtlenségekkel. A halmozottan hátrányos helyzetű településeken folytatott kampányok, a szűrőbuszok és egészségnapok leginkább a másodlagos megelőzést célozták volna, azonban arra nincs adat, hogy a szűréseken megjelentek részére volt-e lehetőség további hosszú távú ellátásra.

A társadalmi-gazdasági változások hatása a népegészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységre

A magyar lakosság születéskor várható élettartama az elmúlt húsz évben lassan, de folyamatosan nőtt. A társadalmon belül az egyenlőtlenségek egyre inkább növekszenek, és egyre inkább nyilvánvalóvá válnak azok a trendek is, amelyek a társadalmi leszakadás, aluliskolázottság ebben betöltött szerepéről minden halandósággal foglalkozó szakember számára ismertek. A változó intenzitású egészségfejlesztési intézkedések és programok egészségi állapotra gyakorolt hatását nem kutatták, de interjúalanyaink egy részének véleménye szerint valószínűsíthető, hogy ezek – egyes szervezett rákszűrő programok kivételével – önmagukban közvetlenül nem befolyásolták a hazai megbetegedési és halálozási viszonyokat.

Az egészség előfeltételeinek és meghatározóinak kedvezőtlen tendenciái új kihívást jelentenek az egészségfejlesztés tekintetében is, erre azonban a szakpolitikai válasz – egyelőre – várat magára.

Az elhúzódó gazdasági válság nyilvánvalóan kedvezőtlen hatású, hiszen nemcsak az életmódot befolyásolja, hanem az ellátórendszer lehetőségeit is szűkíti. Érdekes módon az interjúk során csak elenyészve vetődött fel az a kérdés, hogy az elhúzódó válság és az egészségügyi ágazatból történő forráskivonások mellett fenntarthatóak-e a népegészségügyi szűrővizsgálatok, vagyis a rosszindulatú daganat gyanúja miatt további vizsgálatra és ellátásra szorulók a szakma szabályai szerint elláthatók-e.

A megkérdezettek egy része kiemelkedő fontosságot tulajdonít a vastagbélrák szűrés bevezetésének; ennek elmaradását a legutóbbi időkben a gazdasági válsággal indokolták.

Interjúalanyaim megjegyezték, hogy az egyenlőtlenségek a mainál jobban nőni már nem tudnak, ugyanakkor a leszakadók, elszegényedők száma évről-évre növekszik. Különösen kirívó a magyarországi gyermekszegénység. Ez a legdöntőbb kérdés, amit viszont népegészségügyi, egészségfejlesztési program nem tud befolyásolni, mert ehhez új szemléletű társadalompolitikára lenne szükség, amelynek katalizátora lehetne az egészségfejlesztés.

A gazdasági élet romlása esetén a mindenkori kormányok elsősorban a népegészségügyből vontak ki forrást. A hosszú távú befektetések elmaradása kevésbé feltűnő, hosszú távon azonban a most szegény körülmények között felnövekvő gyerekek, illetve fiatal felnőttek miatt növekvő betegségteherrel kellene számolni. Amennyiben működne hatékony, elsősorban a hátrányos helyzetűeket célzó egészségfejlesztési tevékenység, az elkövetkezendő évtizedekben megjelentő károk jelentősen csökkenthetőek lennének – vélik a szakértők.

Vélemények az egészségfejlesztés magyarországi jövőjéről

A strukturált interjúk utolsó négy kérdése lényegében arra vonatkozott, hogy az egészségfejlesztés legutolsó évtizedeit közelről szemlélő szakemberek mit gondolnak az egészségfejlesztés jövőbeli helyzetéről. A kérdés különös aktualitását az adta, hogy e célra soha nem látott mértékű források állhattak volna rendelkezésre európai uniós keretből. A megkérdezettek véleménye szerint nem látható sem az egységes koncepció, sem a humán erőforrás, sem pedig komoly szándék e források felhasználására.

Az egészségfejlesztők hatósági feladatokat kaptak és a Belügyminisztérium állományába tartoznak – egy partnerségi viszonyban működő szolgáltatói struktúra lehetséges helyi erőforrásai ezzel megszűntek. Az egészségügyi intézményekhez telepített szolgáltatások szakember nélkül legfeljebb egy-egy esemény megszervezésére lehetnek képesek, de az is inkább a szekunder prevenció területén képzelhető el.

Az interjúk időpontjában csak a teljes tanácstalanság volt látható, legalábbis az egészségfejlesztéssel kapcsolatos projektek pályázati kiírását illetően. Egyik megkérdezett mondta: „A folyosói pletykákból az azonban nyilvánvalóvá vált, hogyha az uniós forrásokat fel is használják, egészségfejlesztés ürügyén legfeljebb a területi ellátórendszerből hiányzó forrásokat próbálja majd a tárca vezetése valamennyire pótolni.”

Kormányzati körökben körvonalazódni látszik az az elképzelés, hogy a kommunikáció önmagában „hatékony fegyver lehet” a kedvezőbb egészségmagatartás, az „egészségtudatosság” kialakítására, ezt azonban „komolytalannak” ítélte az egyik interjúalany. Azt viszont elgondolkodtatónak vélte, hogy egyfelől nemzetközileg is elfogadott törvényi szabályozás készült a dohányzás visszaszorítása érdekében, másfelől egyes gazdasági érdekcsoportok kielégítésére felemásra sikerült a hozzáférést korlátozó un.

trafiktörvény. Érdeklődését fejezte ki az alkohollal kapcsolatos elkövetkezendő szabályozásra vonatkozóan. A játékgépek előkészítetlen kitiltása nyilvánvalóan egy érdekcsoport előnyös piaci pozícióba juttatását szolgálta, ami mögött nem látszik átgondolt egészségfejlesztői hozzáállás. Félő, hogy az egészségfejlesztés szlogenjével hasonló intézkedéseket láthatunk majd a jövőben például az alkoholkereskedelem területén is – vélte az interjúalany.

A 2013-ban hatályát veszített Az Egészség Évtizede Népegészségügyi Program értékelését minden megkérdezett nagyon várta, azonban senkinek nem volt információja arról, hogy ezt ki és mikor fogja elvégezni. Ugyancsak várták a korábban számos esetben beharangozott új, népegészségügyi, egészségfejlesztési célú intézet létrehozását, ám ez az interjúk tartalmi elemzéséig nem történt meg.

A magyarországi egészségfejlesztés jövőjét összefoglalóan – némi cinizmussal – úgy értékelte az egyik interjúalany, hogy 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.

5. Megbeszélés

Az interjúk elemzéséből származó áttekintés eredménye igazolja a bevezető részben közölt feltételezéseimet. A magyar egészségfejlesztés gyakorlata és prioritásai – gyakrabban teljes elhanyagolása, ignorálása – követték a sűrűn változó miniszterek ízlését és a velük szemben támasztott politikai elvárásokat.

A rendszerváltás hajnalán a pluralizálódó társadalom és az államszocializmust meghaladó demokrácia felfogás a nemzetközi egészségfejlesztés innovációi iránt nyitott hazai egészségpolitikusoknak kedveztek, illetve hozzájárultak az egészségfejlesztés akkor korszerű szemléletének szakpolitikai prioritássá emeléséhez.

A rendszerváltást követő első kormányzat ezen a területen is konzervatív nézeteket vallott, az egészségfejlesztés hagyományos medikális szemlélete került előtérbe. Ugyanakkor az intézményrendszer átalakítása során sok tekintetben a még az 1980-as évek végén tett javaslatokat valósították meg. Jellemző példa, hogy szakértők a lakosság egészségromlását elsősorban az államszocializmushoz való alkalmazkodási kényszerrel magyarázták (78), s a rendszerváltás előtt született elképzelések feledésbe merültek.

Később, a Bokros-csomag⁷ idején a hazai egészségügyi modernizációhoz igénybe vett világbanki, PHARE-projektek filozófiája napirenden tartotta az egészségfejlesztést. 2002 és 2004 között ismét az egészségfejlesztés nemzetközi gyakorlatában jártas csapat vezette a szaktárcát, a ciklusokon átnyúló népegészségügyi program parlamenti jóváhagyatása és a körülötte kialakult viszonylagos politikai konszenzus ennek köszönhető. A liberális miniszterek az egészségfejlesztést az egyéni felelősség körébe utalták, ezért lassult a program végrehajtása. 2008 után a pénzügyi válság drasztikusan érintette a terület előirányzatait és az egészségfejlesztés az egészségpolitika peremére került.

⁷ A Bokros-csomag máig vitákat kavarázó nagy gazdaságpolitikai kiigazítás volt 1995-ben, amely nevét Bokros Lajos akkori pénzügyminiszterről kapta. Megmentette az ország fizetőképességét és a rákövetkező években helyreállt a magyar gazdaság megbomlott külső és belső egyensúlya, megteremtve a felzárkózó országokra jellemző gyors gazdasági növekedés újraindulásának alapjait. Az intézkedéscsomag ugyanakkor az életszínvonal jelentős zuhanásával járt és névadója számára példátlan népszerűtlenséghez vezetett.

Meglepő, hogy a népegészségügyet, illetve egészségfejlesztést érintő hazai koncepcionális és stratégiai munkálatok, viták a szaktudományi folyóiratokban alig tükröződnek, mindössze projektekhez kapcsolódó közlemények lelhetők fel. Az egészségpolitika megalapozását, értékelését szolgáló közlemények szinte kizárólag az egészségügyi rendszerekkel foglalkoznak. A népegészségügyi, egészségfejlesztési törekvések bemutatásával az elmúlt évtizedek szakkönyvei is adósak maradtak (79,80). Orosz Éva 2001-ben megjelent áttekintésében összegezte az addigi reformfolyamatokat, de a népegészségügy területének átfogó elemzése ebben a munkában sem történt meg, jóllehet a szerző szóvá tette az egészség egyenlőtlenségei iránti figyelem hiányát (81). A legutolsó népegészségügyi tankönyv, bár ismerteti az Ottawai Kartát, s néhány hazai egészségfejlesztési elemre is utal, az egészségpolitikai fejezetben jórészt ellátás-centrikus szemléletet hordoz (82). Kivétel Gyebnár Brigitta és Vokó Zoltán a népegészségügyi programok múltjáról, jelenéről és várható jövőjéről szóló írása, amely sajnos nem törekszik teljességre (pl. nem szól a rendszerváltást megelőző időszak törekvéseiről). Konklúziói ugyanakkor összecsengenek e dolgozat megállapításaival (83).

Kár, hogy a hazai egészségfejlesztési irodalom ennyire hiányos, ezért a WHO a magyar egészségügyet bemutató országtanulmánya (2011) sem tudta ezt a területet értékelni (84), így a közelmúltban megjelent, az európai egészségfejlesztés trendjeiről szóló dolgozat már meg sem említi Magyarországot (85). A közelmúltban hazai szerzőktől (Ádány Róza, Vokó Zoltán) mindössze egyetlen rövid közlemény jelent meg nemzetközi folyóiratban a hazai népegészségügyi politika hullámzásairól (86).

Az Ottawai Karta ma is iránymutató dokumentum a nemzetközi egészségügyi közéletben. Jóllehet a népegészségügy, ezen belül az egészségfejlesztés terminológiája sokat változott az elmúlt évtizedekben, napjainkban is érvényes, hogy

- a lakosság egészségének javítása elképzelhetetlen egészségbarát közpolitikák, az egészségért viselt összkormányzati felelősség nélkül;
- 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.

A gyakorlatban talán az észak-karéliai közösségi megelőzési program kitartó végig vitele, illetőleg az ennek nyomán kialakított, miniszter- és ciklusváltásokon átívelő finn egészségpolitikai gyakorlat igazolja leginkább az Ottawai Karta igazságát.

A világ sok országában, s így Magyarországon az egészségfejlesztés a szakpolitika hullámvasútján mozgott. A nekibuzdulásokat kudarcok és mélypontok követték. A fejlett országok jó részében a politikai ingamozgásokkal változó egészségfejlesztési érdeklődést kiegyensúlyozták az erős civil kezdeményezések, a szintér-egyesületek tevékenységei.

Magyarországon ez másképp van. A politikai kultúrába alig fér bele a kontinuitás, ezért az egészségfejlesztési projekteket a miniszter- és kormányváltások általában megsínylették. A civil világ fejletlen, működése költségvetési juttatásoktól függ. Jellemző, hogy a biomedicinális beállítottságú orvosvezetők által uralt egészségügyi kormányzatok társadalompolitikai érzékenysége többnyire csekély, s makrogazdasági és szociális ismereteik is szerények. 2008-tól a helyzet tovább romlott. Először a gazdasági recesszió, majd a regnáló kormányzat „áldozatot vádoló” filozófiája az egészségfejlesztést az amúgy is alacsony politikai prioritással bíró egészségügy peremére lökte.

Joggal kérdezhethetjük csaknem 30 évvel a népegészségügyben fordulatot jelentő dokumentum megalkotása után: mit adott az Ottawai Karta a magyar egészségpolitikának? Most úgy tűnik, hogy nem sokat. Esélyeinket nem tudtuk valóra váltani az egészségfejlesztésben. Öt egészségfejlesztési stratégia készült el 1987 és 2002 között, három jutott el a kormány jóváhagyásáig, de a pénzügyi források megteremtése nem sikerült. 1995 és 2003 között az Országgyűlés négy alkalommal tartott politikai vitanapot az egészségügyről: az 1995. évi „az egészség a magyar társadalom, az egyes állampolgárok legfőbb erőforrása” címmel kifejezetten egészségfejlesztési indíttatású volt. Ezek az alkalmak azonban nélkülözték a szakmai előrelátást, az egészségfejlesztés alig került szóba. A viták a kormánypártok és az

ellenzék szokásos konfrontációját, a pártpolitikai versengést szolgálták az egészségügy ürügyén (87).

A 2003-ban konszenzust élvező és parlamenti szentesítést is nyert, hosszú távú, Az Egészség Évtizede elnevezésű program végrehajtásában jórészt magára maradt a szaktárca, s nem tudta hadra fogni a minisztériumok, önkormányzatok, önkéntes csoportok és vállalkozások sokaságát. Ez kiderült a 2008. évi félidős értékelést célzó, ún. Nyílt Napon is, amelyet az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága rendezett, a fórum előadásait pedig a Népegészségügy című folyóirat publikálta (88).

Az egészségfejlesztés stratégiai irányításával és értékelésével a sűrűn változó szerkezetű ágazati minisztériumban – a kitüntetett, a rendszerváltást megelőző két esztendő, valamint a 2001. és 2004. közötti időszak kivételével – kevéssé foglalkoztak, az illetékes főosztályok projekt-menedzselést folytattak. Az ágazatközi együttműködés mechanizmusai (Népegészségügyi Tárcaköri Bizottság, kormány megbízott) nem kapcsolódtak a kormányzati koordinációhoz, erőtlenek maradtak, és valójában a mindenkori egészségügyért felelős miniszter ambícióit szolgálták. Az egészségfejlesztés ügyét a rendszerváltás utáni kormányok vezetőinek egyike sem tekintette politikai prioritásnak. 1991 után az országos tisztifőorvosok változó érdeklődést tanúsítottak: hol segítettek, hol közömbösek voltak, de sokszor rivalizáltak is a minisztériumi illetékesekkel a népegészségügynek az ágazat kompetenciáját meghaladó kérdéseiben. Ez a bizonytalanság rányomta a bélyegét a hányatott sorsú, jelenleg az ÁNTSZ szervezetébe integrált, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet nevet viselő módszertani háttérintézmény munkájára is.

A civil világ – jóllehet az egészségfejlesztés iránt folyamatosan érdeklődött és sikeres kampányokat is menedzselte – forrásteremtési gyengeségei és a politikával való túlzott összefonódása miatt nem volt képes az egészségfejlesztés számára biztonságos hátteret adni. A világbanki kölcsönprogram keretében életre hívott Népegészségügyi Iskola ugyan fenntarthatóvá és a Debreceni Egyetem karává terebélyesedett, csak hogy sok irányban képzett szakemberei iránt alig van kereslet.

Valószínű, hogy mivel az egészség társadalmi meghatározóira építő Ottawai Kartát Magyarországon az egészségpolitikusok ágazati kitörési pontként, de szövetségesek nélkül igyekeztek elfogadtatni, sem az ebben nem érdekelt orvoslobbi, sem az egészségügyre az

államháztartási hiány örökös „bűnbakjaként”, megszorításokra érett „nem termelő” szektorként tekintő gazdaságpolitika támogatását nem tudták elnyerni. A magyar egészségfejlesztési programok csak az ígérvényekig jutottak a hazai társadalompolitikát is feszítő súlyos egyenlőtlenségek egészségi következményeinek csökkentésében, s ezen a területen modellvizsgálatok sem történtek. Így a népegészségügy irányultsága a célcsoportot tekintve a középosztályra korlátozódott.

A közel három évtizede Ottawában lefektetett alapelvek nem veszítettek érvényükből, bár talán ma nagyobb jelentőséget tulajdonítunk a társadalmi egyenlőtlenségek szerepének, különösen a Michael Marmot professzor vezetésével kidolgozott WHO jelentés közzététele óta (26). Ez a jelentés a feladatokat három területen határozta meg. Az egyik a mindennapok életkörülményeinek javítása mindazokon a szintereken, ahol élünk. A másik a hatalom, a pénz és az erőforrások egyenlő elosztása a nemzetállamokon belül és közöttük (tulajdonképpen ez minősíthető új elemnek). A harmadik a méltánytalan különbségek csökkentése és az intézkedések hatásainak rendszeres felmérése.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája az egészségi, s az azt megalapozó társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek növekedésének megakadályozása érdekében és a gazdasági válság kihívásaira válaszolva dolgozta ki új egészségpolitikai keretstratégiáját Egészség 2020 (Health 2020) címmel (89). A dokumentumot a WHO Európai Regionális Bizottságának 2012. szeptemberi, máltai ülésén egyhangúan fogadták el az európai tagállamok. Ez a nagyszabású munka két stratégiai teendőt jelölt meg:

- az egészség társadalmi meghatározóinak befolyásolására, az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló terveket (ezen belül a foglalkoztatás, a migráció, a társadalmi kirekesztés, az idősödés stb. hatásainak elemzése alapján szükséges cselekvési programokat) kell kidolgozni és végrehajtani;
- meg kell teremteni a korszerű, horizontális, az egészség szerepét valamennyi közpolitikában előtérbe helyező kormányzás intézményrendszerét (ez a modell az állami túlsúlyt a kormány, a parlament, a civil szféra, a vállalkozások és a média kiegyensúlyozott felelősségi rendjével váltja fel).

Magyarországon is fontos lenne meghonosítani az úgynevezett „okos”, egészség-orientált kormányzás Európában terjedő gyakorlatát. Ennek a törekvésnek a megjelenítése, a megfelelő prioritásokat tartalmazó és a szükséges előirányzatokat is garantáló vállalása kitörési pontot jelenthet kedvezőtlen demográfiai helyzetünkben. Különösen akkor, ha a kormányzat a hátrányos helyzetű térségekre és társadalmi csoportokra fókuszál. Tisztában kell lenni azzal, hogy az egészségfejlesztés ilyen felfogása és megjelenítése rövidtávon politikai tőkével nem kecsegtet, ezért egy hosszú távú programhoz elengedhetetlen a szakmai és politikai erők konszenzusa.

Megítélésem szerint Magyarországon népegészségügy alapfinanszírozása az állami költségvetés feladata, és az is kell, hogy maradjon. Az OECD⁸ adatai szerint tagországaikban az ágazati ráfordítások 3-9%-át fordítják prevencióra és igazgatásra, de a statisztika nem különíti el a két jogcímet (90). A WHO fórumain sokszor elhangzott: az egészségügyre jutó költségvetési előirányzatok 5%-át kellene prevencióra, népegészségügyre fordítani, ide értve az egészségfejlesztést is. Magyarországon ez jelenleg kb. 60–70 milliárd Ft lenne, amitől nagyon távol vagyunk. A költségvetés hazánkban a közeljövőben aligha mond le bevételei egy részéről, így a termékdíj visszaforgatására irányuló kísérletek kevés eséllyel kecsegtetnek (lásd a chipsadó esetét). A „fizessen a károkozót” elv egyébként is számos elvi problémát vet fel („victim blaming”, az áldozat vádolása, a társadalmi hátrányok fokozása), s a pénzügyi kormányzatok a demokratikus alapelvekre apellálva tanúsítanak ellenállást.

Az egészségbiztosítás szerepe némileg növekedhet. Ennek ellentmond a kassza nehéz helyzete, a foglalkoztatottság alacsony szintje, a szürke- és feketegazdaság súlya és a népesség korösszetételének kedvezőtlen változása. Ezzel együtt a biztosítási alapú finanszírozás jelentősége fokozódhat a prevenció egyes, elsősorban az alapellátással összefüggő területein. E finanszírozás sajátossága, hogy elsősorban a magas kockázatok kezelésére irányuló medikalizált prevenció megközelítést ösztönzi.

A gazdasági nehézségek korlátozzák a magánszféra népegészségügyi szerepvállalását is. A gazdaság és az egészség érdekegybeeséseit tudatosan fel kell tárni, az erre alapozó együttműködések szerepe a jövőben nőhet.

⁸ A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (angolul Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) párizsi székhelyű nemzetközi gazdasági szervezet. Magyarország 1996 óta a tagja.

Véleményem szerint a hazai betegségmegelőzés és egészségfejlesztés finanszírozásának legnagyobb gondja a forrásallokáció terén van, melyben ma meghatározó az informális háttéralkuk szerepe a céltámogatások prioritásainak megválasztása és odaítélése során (szemben egy átlátható, beszámoltatható, az érintett szakemberek és intézmények bevonásán alapuló pályázati rendszerrel). A jelenlegi gyakorlat alacsony hatékonyságot eredményez, hozzájárul az eszközök szétforgácsolódásához, kikapcsolja a teljesítményelvet és a korrekt versenyt, ezért igazságtalan és demoralizál.

Meggyőződésem, hogy a forrásteremtés és allokáció elvi megalapozása, a közgazdasági gondolkodásmód szempontjainak kellő mérlegelése a magyar népegészségügy megújulásának egyik alapfeltétele. Sajnálatos, hogy az elmúlt évtizedek egészségfejlesztési stratégiáihoz rendre nem készültek hatásvizsgálatok, költséghatékonysági elemzések. Ennek egyik oka lehet az, hogy a közgazdasági megalapozás más országok hasonló programjainál is elmaradt, sőt ennek módszertana is csak most van kialakulóban – lehet, hogy azért, mert az emberi egészség meghatározói más ágazatok, szakpolitikák kompetenciájába tartoznak, ahol viszont nem gyakorlat egészséghatás vizsgálatok végzése.

Úgy vélem, hogy a pénzügyi, gazdasági válságból való kilábalás folyamata megkövetelné a ráfordítások, a költséghatékonyság új, szakszerű, széles látókörű megközelítését az egészségfejlesztésben. Nem lehet a korszerű népegészségügy támogatási igényét néhány látszatigazság ismételtetésére alapozni, hogy úgymond kevés a pénz, a prevenció pedig eleve a legolcsóbb megoldás. Ugyanakkor az sem feltétlenül igaz, hogy az egészségügyre, ezen belül a népegészségügyre fordított több pénz a lakosság jobb egészségét eredményezi (91).

A pénz a népegészségügyben is eszköz, nem pedig céljellegetű érték: megalapozottabb vagy kevésbé megalapozott szakpolitikát, színvonalasabb vagy gyatrább programokat és projekteket szolgál magasabb vagy alacsonyabb hatékonysággal. Az anyagi források hatékony felhasználása nagymértékben függ a népegészségügyi kapacitások mennyiségétől és minőségétől, területi elhelyezkedésétől. A forrásallokáció a népegészségügyi program menedzsméntjének legfontosabb eszköze.

Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés – némi egyszerűsítéssel – alapvetően kétféle tevékenységből áll: az egészség érdekében végzett ágazatközi közpolitikai cselekvésből (Egészséget Minden Politikában!), illetve népegészségügyi programok és projektek

megvalósításából. Nem vitatható, hogy az egészség meghatározóinak befolyásolásán keresztül a foglalkoztatás-bővítő programok, településfejlesztések vagy éppen egy adópolitika nagyobb (pozitív vagy negatív) hatással lehetnek a lakosság egészségi állapotára, mint a prevenció projektek, persze az egyik nem pótolja a másikat. Tágabb értelemben az egyes ágazatok szakpolitikai intézkedéseinek jelentős része kisebb-nagyobb mértékben hat az egészségre. Sokáig nem volt kellő tudományos alapunk, hogy ennek pontos határait meghúzzuk, és pénzügyi súlyát mennyiségileg becsüljük. Így megfelelő kritériumok híján a költségvetés úgyszólván tetszőleges része volt egészségbarátnak minősíthető, ami utat nyithatott a demagógiának és az öngazolásnak egyaránt. Az elmúlt években azonban egyre több tanulmány foglalkozott a prevenció, illetve az egészségfejlesztés közgazdasági aspektusaival és ma már bizonyítékok sokasága áll rendelkezésre pl. a dohánytermékek adóemelésének, a biztonsági öv használatának vagy az élelmiszerek egészség-információs „címkézésének” költség-hatékonyságáról (92,93).

Olyan finanszírozási rendszerre kellene törekedni, amely

- erkölcsileg, szakmailag hiteles,
- mentes a politikai elfogultságtól és a személyi befolyásolástól,
- a döntés magas fokú autonómiájával rendelkezik,
- független szakmai testület irányítja az érintettek bevonásával,
- szakszerű és beszámoltatható,
- stratégiai megfontolásokat érvényesít a Népegészségügyi Program prioritásai alapján,
- épít a programok, projektek minőségbiztosítására, a monitorozási, értékelési rendszerekre,
- tevékenysége átlátható és jogilag egyértelműen megalapozott,
- képes pótlólagos külső forrásokat bevonni.

A 2010 utáni konzervatív fordulat a humánpolitikai mega-minisztérium létrehozásával elvi lehetőséget kínált a humán szférák erős pozíciójának demonstrálására, ehelyett szakpolitikai rivalizálás van, amely a megatárcán belül az egészségügy sorozatos vereségét, egészének leértékelését eredményezte. Az egészségfejlesztés körében szinte csak a látványos lakossági szűrővizsgálati akciókat és a rendészeti eszközöket preferálják (dohányzás tiltása a zárt helyiségek teljes körében).

Úgy látom, hogy az egészségfejlesztés hullámzó közjogi és szakpolitikai helyzete, bizonyos értelemben politikai kiszolgáltatottsága és a rendszerváltás előtti, majd az ezredfordulót követő felívelése után re-medikalizációja azért következhetett be, mert

1. nem sikerült törvényben rögzíteni kívánatos infrastruktúráját, prioritás képzését (a programoknak, stratégiáknak nincs közjogi relevanciájuk);
2. az egészségfejlesztés megrekedt a szaktárca státúumában és az egészségügyi törvény általános fordulataiban, az egészségért való összkormányzati felelősség szervezeti és alkotmányos garanciái hiányoznak;
3. általában sem alakult ki az interszektorális együttműködéshez szükséges igazgatási kultúra (Egészséget Minden Politikában!), vertikálisan szervezett a közigazgatás;
4. az egészségfejlesztést vállaló civil autonómiák, kezdeményezések fejletlenek, közreműködésüket nem is igénylik;
5. elmaradt, illetve elégtelen maradt a népegészségügyi (egészségfejlesztési) szakemberek képzése, az ezzel kapcsolatos kutatások ösztönzése;
6. még ennél is nagyobb baj, hogy a kormányzervek nem igénylik a szakembereket, a kevés végzett is elhelyezkedési nehézségekkel küzd (tehát itt sincs szükséglet-tervezés.);
7. az orvosképzésen belül a népegészségügyi-egészségfejlesztési kurrikulum szemlélete, ismeretanyaga elavult;
8. az alapellátásban az ellátandó lakosság egészének egészségére irányuló szemlélet nem kap kellő ösztönzést, bátorítást;
9. nem volt szándék, hogy fenntartható forrásképzési rendszer szerveződjön (maradt a maradékelv, sőt most a népegészségügyi termékadó bevételét béremelésre fordítják, nem egészségfejlesztési célra);
10. rossz az egészségpolitikuskok makrogazdasági felkészültsége.

6. A hazai egészségfejlesztés újjászervezésének öt feltétele

Ahhoz, hogy a hazai egészségfejlesztés új elvek szerint újjászerveződhessen, véleményem szerint öt feltételnek kell teljesülnie.

Először: a hatalmon levőknek fel kell ismerniük, hogy az egészség megőrzése, fejlesztése nem más, mint befektetés. Mindez az uralkodó szemlélet megváltoztatását feltételezi. Az egészségfejlesztés, de az egész egészségügy 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 érdekharcolás 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.

Másodszor: alkalmazkodni kell a globális trendekhez. Az egészség szerepe felértékelődik a nemzetközi kapcsolatokban, a globális találkozók napirendjén, s ennek okait érteni kell. Ma az egészségfejlesztésnek van biztonsági vetülete (az ismeretlen kórokozók okozta járványok megbéníthatnak országokat, földrészeket), gazdasági hatása (ma 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 kezdte integrálni az egészségfejlesztés globális összefüggéseit (94,95).

Magyarország egészségpolitikája jelenleg az ellenkező irányba halad, az egészségfejlesztés elszigetelt, atomizált kezdeményezésekre zsugorodott. Még a népegészségügyi kockázatok is ritkán kerülnek a „nagypolitika” napirendjére. Ennek a gyakorlatnak a megváltoztatása érdekében is fontos lenne vállalni az úgynevezett „okos”, egészség-orientált kormányzás Európában terjedő gyakorlatát (96). Ennek elősegítésére indokolt lehet egy hazai konszenzus konferencia megrendezése is, amely a globális tendenciákat követve korszerűsítene 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, szintér-egyesületek újjáélesztése, működésük ösztönzése, jogainak bővítése esélyt adhat arra, hogy többszereplős döntés-előkészítés, ésszerű feladatmegosztás alakuljon ki az egészségfejlesztésben.

Ötödször: érdemes tanulmányozni a világban bevált recepteket. Az Észak – Karéliei Projekt módszerei, akciósorozata a siker esélyével megvalósítható egészségfejlesztés irányaira ad mintát. Van már modernebb, pl. a hozzánk hasonló adottságú Írországból kialakított program, amely szintén tanulmányozásra érdemes (97). Ezeknek a mintáknak a követéséhez azonban növekvő gazdaság és politikai stabilitás is szükséges.

7. Az értekezés új tudományos eredményei

Dolgozatom témájának kiválasztásával arra törekedtem, hogy áttekinthessem az egészségpolitika mostohagyermekének számító egészségfejlesztés közel három évtizedes hazai történetének mérföldköveit. Korábbi közéleti tapasztalataim, a rendelkezésre álló szakirodalom és más dokumentumok, továbbá személyes interjúk alapján igyekeztem bemutatni a szakterületet jellemző eredményeket, gyengeségeket és konfliktusokat. Munkámhoz hasonló analízis az egészségfejlesztés körében még nem készült, ezért úgy gondolom, hogy az értekezés ebben a tekintetben – a feldolgozás korlátai ellenére is – módszertani újdonság.

Új megállapításként az alábbiak emelhetők ki:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. Az egészségfejlesztés rövid, felívelő időszakában sem fókuszált a társadalom sérülékeny csoportjaira, legfeljebb az ellátáshoz való hozzáférés javításával próbálkozott.
6. 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.
7. 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.

8. Összefoglalás

Magyarország a rendszerváltást megelőző években az egészségfejlesztés úttörői közé tartozott, ezt a szerepét azonban fokozatosan elvesztette. E folyamatot elemzők még nem vizsgálták, ezért tartottam indokoltnak, hogy a jogszabályok, dokumentumok és a szakirodalom, továbbá az egészségfejlesztés kilenc, egykor fontos szereplőjével készített interjú alapján próbáljam feltárni az egészségfejlesztés peremre szorulásának okait.

Kiinduló hipotézisem az volt, hogy az egészségfejlesztés megítélése, s ennek megfelelően gyakorlata a vizsgált időszak nagy részében nem felelt meg a globális kihívásoknak, legfeljebb csupán rövid periódusokban (1986–1989, 2001–2003) közelített a nemzetközi elvárásokhoz. A kuratív medicina politikai lobbijereje mindig erősebb volt, mint az egészségfejlesztőké, ezért kormány- és miniszteri egészségügyi programokban rendre az ellátás fejlesztése, reformja állt a középpontban.

Az irodalmi áttekintés és az interjúk igazolták feltételezésemet. Beigazolódott, hogy – néhány kivételtől eltekintve – Magyarországon még az egészségfejlesztés esetében sem fér bele a politikai kultúrába a kontinuitás, ezért az ilyen stratégiákat és projekteket a miniszter- és kormányváltások általában megsínylették. A civil világ fejletlen, működése költségvetési juttatásoktól függ. Az orvosvezetők által uralt egészségügyi kormányzatok társadalompolitikai érzékenysége többnyire csekély, s makrogazdasági és szociális ismereteik is szerények.

Közel 30 évvel a népegészségügyben fordulatot jelentő Ottawai Karta megalkotása után úgy tűnik, a magyar egészségpolitika nem tudta valóra váltani esélyeit az egészségfejlesztésben. Pedig 1987 és 2002 között öt egészségfejlesztési stratégia készült el, közülük három jutott el a kormány jóváhagyásáig, de a pénzügyi források megteremtése ezen időszakokban sem sikerült. Még a 2003-ban parlamenti szentesítést nyert hosszú távú program végrehajtásában is jórészt magára maradt a szaktárca, s nem tudta hadra fogni a minisztériumok, önkormányzatok, önkéntes csoportok és vállalkozások sokaságát – az egészség érdekében.

Az értekezés fő tanulsága, hogy az Ottawai Karta máig érvényes stratégiai pilléreket jelöl ki hazánk számára is, az Észak – Karéliei Projekt módszerei, akciói pedig a siker esélyével megvalósítható egészségfejlesztés irányaira adnak mintát Magyarországnak. Ennek követéséhez azonban az elkötelezettség mellett növekvő gazdaság és politikai stabilitás is szükséges.

9. Summary

Hungary belonged to the pioneers of health promotion before the change of the political system but has lost this role gradually. This process has not been investigated so far, therefore it was reasonable to explore the causes of marginalization of health promotion by analyzing legislation, documents and public health publications as well as interviews with 9 former key advocates and actors of health promotion.

It was my opening hypothesis that the domestic assessment and practice of health promotion did not match to global challenges, at most it converged to international expectations in short periods (1986-1989, 2001-2003). The political lobbying force of curative medicine was always stronger than of public health including health promotion, so thus government and ministerial programs consecutively focused on the development and the reform of the health system.

The review of literature and the interviews confirmed the initial presumptions. It proved true with some exceptions, that in Hungary the political culture was not in favour of continuity even in case of health promotion, that is why changes in governments or in the person of health ministers led to damages or cut of public health programs started by predecessors. Civic sector is underdeveloped and dependent on state budget. Health governance dominated by medical influence, has low social sensitivity and weak knowledge on macroeconomics.

Almost 30 years after the Ottawa Charter (which brought a revolutionary change in public health thinking) it seemed that the Hungarian health policy could not live with the chances in health promotion created by early start and commitments of then leadership. Between 1987 and 2002 five public health or health promotion strategies were elaborated, 3 of them enjoyed government approval, but funding and implementation remained unsatisfactory. Although the public health program of 2003 (The Decade of Health) had been adopted by a convincing majority of the parliament, the health ministry was left alone. Alliance for health was not created by other ministries, local governments, NGOs and businesses in most parts of the implementation process.

The lesson of the dissertation that the strategic pillars of the Ottawa Charter as well as the successful methods and actions of the North Karelia project still provide with a good direction and pattern for public health development in Hungary if commitments, political stability and economic environment are associated.

10. Tárgyszavak

Tárgyszavak:

Egészségpolitika

Egészségfejlesztés

Népegészségügy

Ágazatközi együttműködés

Ottawai Karta az egészségfejlesztésért

Egészségbarát kormányzás

Egészség determinánsok

Key words:

Health policy

Health promotion

Public health

Intersectoral cooperation

Ottawa Charter for health promotion

Governance for health

Health determinants

11. 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.

12. Irodalomjegyzék

1. Egészségfejlesztési szakkifejezések glosszáriuma (2008). Az Országos Egészségfejlesztési Intézet kiadványa. Elérhető: http://www.oefi.hu/glosszarium_who_2008.pdf (letöltve: 2015. április 15)
2. WHO (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. Elérhető: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (letöltve: 2015. május 5)
3. WHO: Az ottawai egészségfejlesztési karta (Nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, Ottawa, Kanada, 1986. november 17-21). In: Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai), Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek 1. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. Elérhető: <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf> (letöltve: 2015. április 15)
4. Egészséget Mindenkinek 2000-re! Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához. Az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Titkárságának kiadványa (48 - 54. old.), 1987, Budapest, 1987.
5. Józán Péter (2009): Csökkenő kardiovaszkuláris mortalitás, javuló életkilátások, új epidemiológiai korszak kezdete Magyarországon. IME, VIII, 4, 21. Elérhető: http://www.imeonline.hu/article/929/21_25.pdf (letöltve: 2015. augusztus 13.)
6. Kannel, WB. Dawber, TR. Kagan, A. et al (1961): Factors of risk in the development of coronary heart disease: 6-year follow-up experience. The Framingham Study. Ann. Intern. Med. 55,33.
7. Keys A (Ed). Seven Countries: A multivariate analysis of death and coronary heart disease. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. 1980
8. Lamm György, Kishegyi Júlia (1996): A magyar falusi lakosság kardiovaszkuláris egészségi állapota - változások három évtized alatt . Népegészségügy, 77,1, 22-26.
9. Luepker, R. V. (2012): WHO Monica Project: What we have learned and where to go from here? Public Health Reviews, 33,2,373.
Elérhető: http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/10/00_Luepker.pdf (letöltve: 2015. április 15)
10. Rose, G. (1985): Sick individuals and sick populations. Int. J. of Epidemiology, 14,1,32. Elérhető: <http://ije.oxfordjournals.org/content/14/1/32.full.pdf+html> (letöltve: 2015. április 15)
11. The North Karelia project: from North Karelia to national action (ed.P. Puska et al.), National Institute for Health and Welfare (THL), in collaboration with the North Karelia Project Foundation, Helsinki, 2009
12. Kökény Mihály (1985): Finnországi tanulmányút. Orvosi. Hetilap. 161, 126.

13. Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Ed.by Kimmo Leppo et al. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013. Elérhető: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf(letöltve: 2015. április 24.)
14. Az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Unió működéséről szóló szerződés egységes szerkezetbe foglalt változata, Brüsszel 2012.november 12, 6655/7/08 REV 7, magyarul: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=HU&t=PDF&gc=true&sc=false&f=ST%206655%202008%20REV%207> (letöltve: 2015. április 15)
15. Lalonde, M. (1974): A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada. Elérhető: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (letöltve: 2015. április 27.)
16. McGinnis, J.M. (2002): The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs, 21,2,78. Elérhető: <http://content.healthaffairs.org/content/21/2/78.full> (letöltve: 2015. augusztus 15.)
17. Orosz É. (2009): Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején, Esély 20 (6), 3, Elérhető: http://www.esely.org/kiadvanyok/2009_6/OROSZ.pdf (letöltve: 2015. április 24.)
18. WHO (1978): Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Elérhető: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (letöltve: 2015.május 5.)
19. WHO: Az alma-atai nyilatkozat (Nemzetközi konferencia az egészségügyi alapellátásról, Alma-Ata, Szovjetunió, 1978. szeptember 6-12.) In: Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai), Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek 1. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. Elérhető: <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf> (letöltve: 2015. április 15)
20. Constitution of the World Health Organization (1948). Basic Documents, 45th edition, Supplement, October 2006. Elérhető: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (letöltve: 2015. május 5.)
21. Mahler, Halfdan (1981): "The meaning of Health For All by the year 2000", World Health Forum, Vol. 2, No. 1
22. Jakab, Zs. – Tsuros, A (2013).: Egészség 2020 –az egészség és fejlődés elérése a mai Európában. Népegészségügy, 91, 4, 243.
23. Kökény M., Pusztai Zs (2014).: Az egészségdiplomácia nemzetközi színterei I. In: Ádány R., Kökény M., I. Kickbusch, (szerk.): Egészségdiplomácia, Budapest, Medicina, 2014, ISBN 978 963 226 514 8.
24. Breslow, L.: (1999): From disease prevention to health promotion. JAMA, 281, 1030,

25. Winslow, C.E.A. (1920): The untilled fields of public health. *Science*, 51, 1306, 23.
26. WHO: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, Geneva, 2008. Elérhető: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf (letöltve: 2015. április 28)
27. Kökény Mihály (1988): Az egészségmegőrzés I. nemzetközi konferenciájának tanulságai: Ottawa, 1986 nov. 17-21, *Orvosképzés*, 63, 2, 95 - 99.
28. Kökény, M. (1987): Promoting health in Hungary. *Health Promotion*, 2, 3, 292-303
29. Kökény, M. (2011): Ottawa revisited: „enable, mediate and advocate” *Health Promotion International*, Suppl 2, ii180-182. Elérhető: http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii180.full (letöltve: 2015. április 28)
30. Health promotion: Global Conferences on Health Promotion. WHO website. Elérhető: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> (letöltve: 2015. május 5.)
31. Forgács Iván (2001): Egy 1980-as távlati egészségügyi prognózis tanulságai. *Lege Artis Medicinae*, 11 (4), 310-314. Elérhető: http://www.elitmed.hu/upload/pdf/egy_1980_as_tavlati_egeszsegugyi_prognozis_tanulsagai-3471.pdf (letöltve: 2015. május 5.)
32. Losonczi Ágnes (1986): A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Magvető Kiadó (Gyorsuló idő sorozat). Elérhető: http://losoncziagnes.hu/sites/default/files/A_kiszolgáltatottsag_anatomiaja_az_egeszsegugyben_teljes_konyv.pdf (letöltve: 2015. május 5.)
33. Józán Péter (1986): A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980-1983. Központi Statisztikai Hivatal.
34. Gyárfás Iván, Kökény Mihály (1983): A szív- és érrendszeri halandóság befolyásolásának lehetőségei, *Népegészségügy*, 64,5,273
35. Kökény M., Gyárfás, I., Makara, P., Kishegyi, J.(1986): The role of health promotion in prevention policy against cardiovascular diseases in Hungary. *Health Promotion*, 1, 1, 85-92
36. Ajkay Zoltán, Bognár Ilona, Kökény Mihály (1986): Hogyan gazdálkodunk az egészségünkkel? (Az egészségmagatartás rizikótényezői hazánkban). *Társadalmi Szemle* XLI. évfolyam 7. szám, 31- 42.
37. M. Kökény, Z. Ajkay, I. Bognár (1988): Risk factor investigation of health behaviour: Hungarian experiences. In: *Health behaviour research and health promotion* (eds. Anderson et al), Oxford University Press, p.69 -77

38. Róbert Péter (1986): A társadalmi tények mérhetősége. Társadalmi Szemle XLI évfolyam 7. szám, 84 -87.
39. A Minisztertanács 1063/1987 (XII. 10.) számú határozata az egészségmegőrzés hosszútávú társadalmi programjáról.
40. Kökény, M. (1987): Promoting health in Hungary, Council of Ministers of the Hungarian People's Republic, Budapest: Central Statistical Office.
41. Forgács, I., Kökény M (1989): Health, health care and social services, Ministry of Social Affairs and Health.
42. Forgács, I., Kökény, M. (1987): Towards a new health policy in Hungary. Health Policy, 8, 2, 183-192
43. Kökény Mihály (1989): Javaslat a megelőzés reformjának főbb elemeire. Népegészségügy, 70, 5, 257
44. 1991.évi XL. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről (korábban az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról). Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100011.TV (letöltve: 2015. május 5.)
45. 1030/1994. (IV. 29.) Korm. határozat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről. A Népjóléti Közlöny I. különszáma (1994).
46. Kertai Pál (1991): A népegészségügyről és az új népegészségügyi törvényről. In: A népegészségügy időszerű kérdései '91, szerk.: Boján, F. – Kertai P., Literatura Medica, 98-104.old. ISSN 1216-5174
47. Jegyzőkönyv az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális bizottságának 1998. október 7-i és 21-i üléseiről. (Hitelesített példány az Országgyűlés Iratkezelési Osztályán található.)
48. A Világbank „Az egészségügyi szolgáltatások és menedzsment projektje” zárójelentése 1993-2000. Kézirat. 2000. december 13.
49. 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltve: 2015. május 5.)
50. Befektetés az egészségért Magyarországon. Az EVSZ (WHO) Európai Területi Irodája és az Európai Egészségmegőrzési Fejlesztési Bizottság szakértői csoportjának jelentése, 1997. Közli: Budapesti Közegészségügy. 1998. 30. évf. 1. sz.. 2-15.
51. Egészségünk jövője. Az egészségmegőrzés stratégiája 2010-ig. Népjóléti Minisztérium, 1998.

52. WHO: Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (1997).
Elérhető:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
(letöltve: 2015. április 27)
53. 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető:
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900042.TV (letöltve: 2015. április 28.)
54. 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat a 2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről. A jelenleg hatályos szöveg elérhető:
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=59338.85609 (letöltve: 2015.május 5.)
55. Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, 2001-2010. Egészségügyi Minisztérium, 2001.
56. 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. Eredeti szövege az Egészségügyi Minisztérium archív honlapján elérhető:
<http://www.eum.hu/nepegeszsegujy/jogszabalyi-hatter/46-2003-iv-16-ogy-080630> (letöltve: 2015. május 5.)
57. Jegyzőkönyv az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának 2006. január 25-i üléséről.
Elérhető:
<http://www.parlament.hu/documents/static/biz37/bizjkv37/EGB/0601251.htm>
(letöltve: 2015. május 5.)
58. Macroeconomics and Health. Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, 2001. Elérhető:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf> (letöltve: 2015. május 5.)
59. Mihályi Péter (2006): Egészségügy: a halogatott reform. Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok 2. Urbis Kiadó, ISBN 96309291 919
60. 132/2003. (XII. 11.) OGY határozat a 2003-2008. közötti időszakra szóló Nemzeti Környezetvédelmi Programról. Elérhető:
<http://www.complex.hu/kzldat/o03h0132.htm/o03h0132.htm#kagy1> (letöltve: 2015. május 5.)
61. WHO Regional Office for Europe: Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 2004. A dokumentumok elérhetők:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp/past-conferences-on-environment-and-health/fourth-ministerial-conference-on-environment-and-health,-budapest,-hungary,-2004> (letöltve: 2015. május 5.)

62. Vokó Zoltán (2009): A nemzeti népegészségügyi program menedzsment problémái. Népegészségügy, 87, 4, 341
63. Döbrössy Lajos (2007): A méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon. Nőgyógyászati Onkológia, 12,5-9. Elérhető: <http://www.nokfolyoirat.hu/files/416.pdf> (letöltve: 2015. május 5.)
64. J/2424 jelentés az Országgyűlésnek az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2009. és 2010. évi előrehaladásáról. Elérhető: <http://www.parlament.hu/irom39/02424/02424.pdf> (letöltve: 2015. május 5.)
65. Kósa, Zs. et al.(2007): A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. Am. J. Public Health, 97:853-9.
66. 2010. évi XLIII. törvény a központi államigazgatási szervekről, valamint a Kormány tagjai és az államtitkárok jogállásáról. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1000043.TV (letöltve: 2015. május 5.)
67. 2010. évi CXXVI. törvény a fővárosi és megyei kormányhivatalokról, valamint a fővárosi és megyei kormányhivatalok kialakításával és a területi integrációval összefüggő törvénymódosításokról. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1000126.TV (letöltve: 2015. május 5.)
68. 288/2010. (XII. 21.) Korm.rendelet a fővárosi és megyei kormányhivatalokról. Megjelent a Magyar Közlöny 2010. évi 194. számában (27493.old.). Elérhető: <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPPDF/hiteles/mk10194.pdf> (letöltve: 2015. május 15.)
69. Vokó Zoltán (2014): Népegészségügy. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 52,2-3, 5.
70. Gyógyuló Magyarország – Újraélesztett egészségügy. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Vitairat. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2010. október. Elérhető: www.nefmi.gov.hu/download.php?docID=2650 (letöltve: 2015. május 5.)
71. 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100103.TV (letöltve: 2015. május 5.)
72. 1991. évi XXXIV. törvény a szerencsejáték szervezéséről. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100034.TV (letöltve: 2015. május 5.)

73. 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200134.TV (letöltve: 2015.április 28)
74. 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. A jelenleg hatályos szöveg elérhető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500003.TV (letöltve: 2015. május 5.)
75. 47/2007. (V. 31.) OGY határozat a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégiáról, 2007-2032.
Elérhető: <http://www.complex.hu/kzldat/o07h0047.htm/o07h0047.htm> (letöltve: 2015.augusztus 15.)
76. Állami Számvevőszék (2008): Jelentés az egyes onkológiai szűrőprogramokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. 0805. Elérhető: <http://www.asz.hu/jelentes/0805/jelentes-az-egy-es-onkologiai-szuresi-programokra-forditott-penzeskozok-hasznosulasanak-ellenorzeserol/0805j000.pdf> (letöltve: 2015.május 5.)
77. The Black Report. (1980): Inequalities in Health. Report of a research working group. DHHS, United Kingdom. Elérhető: <http://www.sochealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/> (letöltve: 2015. május 5.)
78. Makara Péter (1991): Egészségmegőrzés, egészségvédelem: van-e esély? In: A népegészségügy időszerű kérdései '91, szerk.: Boján, F. – Kertai P., Literatura Medica, 126-143.old. ISSN 1216-5174
79. Mihályi Péter (1999): Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. Springer, Budapest, ISBN 963 699 065 4
80. A magyar egészségÜGY. (2010) Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékép (szerk. Bodrogi József), Semmelweis Kiadó. ISBN 978-963-9879-79-9
81. Orosz Éva (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarorszáért Alapítvány. ISBN 963 00 6756 0
82. Megelőző orvostan és népegészségtan. 2. átdolgozott kiadás . Szerk.: Ádány Róza. Medicina, 2012. ISBN 978 963 226 385 4
83. Gyebnár Brigitta, Vokó Zoltán (2011): A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon. Népegészségügy, 89, 2, 126-134.

84. Gaál P., Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D.: Hungary. Health System Review.. Health Systems in Transition, 2011, 13 (5)., European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN 1817-6119
85. Bernd R., McKee M.: Health promotion. In: Facets of public health in Europe, ed. by Rechel and McKee, Open University Press, 2014. p. 171-183. ISBN-13: 978-0-33-526420-9 (pb)
86. Ádány R., Vokó Z.(2014):Hungarian public health - ups and downs in the last 20 years. European J. Public Health. 24, 3:352-3
87. Antalóczy Tímea – Kálmán Zsuzsa (2005): Az egészségügy, mint ürügy. In: Elszalasztott esélyek. Parlamenti vitanapok 1991-2005 (szerk. Kéri L., Szabó A.). MTA Politikai Tudományok Intézete. ISBN 963 7372 29
88. Parlamenti Nyílt Nap, 2008. november 20. Népegészségügy,86, 2, 3- 46
89. WHO Regional Office for Europe: Health 2020: the European policy for health and well-being (2012). Elérhető: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020> (letöltve: 2015. április 28.)
90. OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. Elérhető: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (letöltve: 2015.augusztus 13.)
91. World Health Statistics 2015. World Health Organization, 2015. ISBN 978 92 4 156488 5
Elérhető: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ (letöltve: 2015. augusztus 13)
92. Merkur S.,Sassi F., McDaid D.(2013): Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Policy summary 6. WHO Regional Office for Europe. Elérhető: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf?ua=1 (letöltve: 2015. május 5.)
93. McDaid D., Sassi F., Merkur S. eds. (2015): Promoting health, preventing disease. The economic case. Open University Press. ISBN-10: 0-335-26226-0
94. Kickbusch, I., Kökény, M.: Global health diplomacy: five years on. Bulletin of the World Health Organization, 2013, 91:159-159A. Elérhető: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/> (letöltve:2015. április 28.)
95. M. Kökény.: Negotiating the WHO reform process. In: I. Kickbusch, S.A. Matlin (Eds), Pathways to Global Health: Case Studies in Global Health Diplomacy. Singapore: World Scientific Publishing, 2015, in press.

96. Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012): Governance for health in the 21st century, WHO. Elérhető:
<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century> (letöltve: 2015. április 28.)
97. Healthy Ireland (2013). A framework for improved health and wellbeing, 2013-2025. Department of Health, Ireland. Elérhető:
<http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf> (letöltve: 2015. május 5.)

Függelék

PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények



DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR



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

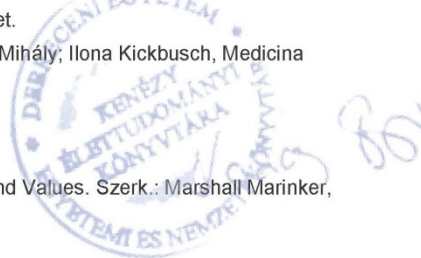
Jelölt: Kókény Mihály
Neptun kód: GQLXYG
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

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, 2015.
4. **Kókény M.**, Pusztai Z.: Az egészségdiplomácia nemzetközi szintereil.: 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.



Cím: 4032 Debrecen, Egyetem tér 1. □ Postacím: 4010 Debrecen, Pf. 39. □ Tel.: (52) 410-443
E-mail: publikaciok@lib.unideb.hu □ Honlap: www.lib.unideb.hu



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 alapján 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.

