

INTERJÚK

Interjú Kökény Mihály egészségpolitikussal Beszélgetés az egészségpolitikáról

*Interview with health politician Mihály Kökény
Discussion on health policy*

Kulcsszavak: egészségpolitika; népegészségügy
Keywords: health policy; public health

A MEJ célja, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítse az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb, teljesebb kép kialakítását. Ehhez a tudományos közlemények mellett egy új formát is választottunk: interjúkat készítünk néhány olyan kiemelkedő hazai szakemberrel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jólléthez.

Az interjút Vitrai József, a MEJ alapító főszerkesztője készítette 2024. április 18-án.¹

Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét folyóirat olvasóit és e podcast hallgatóit. A folyóirat mai vendége, beszélgetőtársam Dr. Kökény Mihály korábbi egészségügyi miniszter, és az egészségpolitikáról fogunk beszélgetni. Kitérünk majd arra is, hogy egészségpolitikusként hogyan értékeli a rendszerváltás után hozott, a népegészségügyet érintő egészségpolitikai döntéseket. Én Vitrai József vagyok, a MEJ folyóirat alapító főszerkesztője, és mielőtt elkezdenénk a beszélgetést,

pár mondatban bemutatom beszélgetőtársamat.

Kökény Mihály végzettsége szerint szakképzett belgyógyász és kardiológus, emellett tanulmányokat folytatott a politikatudományok területén is. Az Országgyűlés tagja volt 1994 és 2010 között. A kormány egészségügyi bizottságának elnöke volt 1998 és 2002, illetve 2006 és 2010 között. Különböző kormányzati pozíciókban is dolgozott: volt miniszterhelyettes, kormánybiztos, államtitkár és két alkalommal népjóléti, illetve egészségügyi és szociális miniszter (1996–1998, 2003–2004). 1987-ben az első magyar népegészségügyi program kidolgozója volt. Miniszteri működéséhez kötődik az ágazati alaptörvények rendszerváltás utáni megújítása és a nyugdíjreform. Mindezekon felül már 30 éve nemzetközi egészségügyi szervezetekben foglalkoztatják szakértőként. Tagja volt az Egészségügyi Világszervezet Európai Állandó Bizottságának és Végrehajtó Tanácsának, utóbbinak egy évig elnöki tisztségét is viselte. Jelenleg egyetemi oktató és nemzetközi egészségpolitikai szakértő. 2020 óta Újbuda polgármesterének tanácsadójaként is dolgozik, illetve tagja az MTA Megelőző Orvostudományi Bizott-

¹ A szöveg a MEJ [Facebook oldalán](#) és [Youtube csatornáján](#) meghallgatható interjú szerkesztett változata.

ságának. Az elhangzottakból kiderül, hogy nem is választhattam volna alkalmasabb személyt egy, az egészségpolitikáról szóló beszélgetéshez. Úgyhogy, vágjunk is bele!

Először is kérlek, röviden világítsd meg az olvasók és hallgatók számára, mit értünk egészségpolitika alatt? Hogyan születnek az egészségpolitikai döntések? Visszatekintve az elmúlt évtizedekre, milyen döntések voltak azok, amelyek az azóta megismert következmények alapján nem váltották be az elvárásokat? Hogyan kellett volna akkor dönteni? Így utólag, lettek volna-e olyan döntések, amiket meg kellett volna hozni, hogy elkerülhetők legyenek a ma jól ismert hátrányok?

Dr. Kökény Mihály (K. M.): Ez így elég nehéz kérdés, bár egyszerűnek tűnik, mert önmagában az a szó, hogy politika, sokféle módon értelmezett. Az angol nyelvben egy kicsit könnyebb a helyzet, mert elválik egymástól a *politics* és a *policy*, az előbbi jelöli a pártok, kormányok magatartását, azt, hogy mit akarnak tenni a hatalom megszerzése, gyakorlása, megtartása érdekében. A *policy* az, amit tulajdonképpen mi, ha nem is a legszerencsésebb módon, de szakpolitikára tudunk fordítani, amikor egy adott kormányzati, társadalmi alrendszer irányításának, működtetésének elveiről, szabályairól, gyakorlatáról beszélünk. Ebben az értelemben tehát az egészségpolitika is lényegében az egészséggel kapcsolatos kormányzati intézkedések összességét jelöli, mindennek vagy az ezzel foglalkozó rendszereknek a szabályozását. Ugyanakkor azonban talán érdemes mindjárt felhívni a figyelmet arra, hogy a magyar gyakorlatban az egészségpolitika alatt többnyire az egészségügyi rendszerrel való foglalkozást értjük.

Érdemes ezért az egészségpolitika és az egészségügy politika között valamilyen különbséget tenni, mert az egészségpolitika az, amelyik egy sokkal átfogóbb

fogalmat takar, mert ennek a célja a lakosság egészségi állapotának a javítása, és ez, lényegében legalábbis az én felfogásom szerint, messze meghaladja egy ágazat kereteit. Ez a kormányzat egészét, de elmondható, hogy a társadalom egészét érintő feladat. Sokféle ágazat, az önkormányzatok és a civil szféra együttműködését feltételezi, és a lényegét úgy foglalhatnánk össze, hogy az egészség feltételeit igyekszik kedvező irányban befolyásolni. Míg az egészségügy politika az egészségügyi szaktárca, jelenleg épp az államtitkárság hatásköre, és az egészségügy működőképességével, minőségével, hatékonyságával kell, hogy foglalkozzon. Tehát ezzel lényegében értékeltem is a hazai helyzetet.

Persze más országban is nagyon hasonló a helyzet, bár néhányszor már tettem arra kísérletet, hogy a kettőt megkülönböztessék. Svédországban volt olyan időszak, amikor volt külön népegészségügyi és külön egészségügyi minisztérium, és valami hasonlóval kísérleteztek a britek is sok évvel ezelőtt, de azért ez nem jellemző. Lényegében, amikor egészségügyi tárcáról beszélünk, akkor az általában az egészségügyi rendszer irányításával foglalkozó fő hatóságot értjük alatta. A megelőzés, az egészségfejlesztés az nagyon sok helyen – a hazai kormányzási gyakorlatban jelenleg egészen biztosan, de korábban is nagyon sokszor – az egyéni felelősség hatáskörébe utaltatott, amit jól-rosszul segíthet önkormányzati, civil kezdeményezés, egészségügyi szolgáltató, ha éppen motivált, elkötelezett. Ez annak ellenére így van Magyarországon, hogy a ma is hatályos egészségügyi törvény – az 1997. évi CLIV. törvény – nagyon következetesen érvényesíti a modern népegészségügy bibliájának tartott Ottawai Charta alapelveit, miszerint az egészség az nem az egészségügyben keletkezik, hanem a mindennapi élet színterein. Tehát lényegében azt gondolom, hogy egy felelős

egészségpolitikának azon túl, hogy persze kell, hogy működtesse az egészségügyi rendszert, de azért dolga az emberek egészségének javítása érdekében az egészség meghatározóit, a társadalmi, környezeti és kulturális determinánsokat alakítani, formálni, és ez legkevésbé az egészségügyért felelős szakminisztérium feladata.

Még annyit hadd mondjak, hogy Magyarországon az elmúlt 40 évben elég kevés alkalommal volt arra törekvés, hogy egy picit ezen a nagyon is egészségügyi rendszerspecifikus, medikalizált szemléleten felülemelkedjünk. Ilyen kivételes időszak volt az 1987–88-as rendszerváltás előtti években az, amikor megszületett az egészségmegőrzés hosszú távú programja. Csehák Judit működésére, miniszterelnök helyettesi, később miniszteri működésére kell, hogy utaljak, mert az ő irányításával született meg ez az akkor nagyon korszerűnek tekinthető dokumentum. El is indult ennek a végrehajtása, de a rendszerváltoztatás ezt maga alá temette. Majd aztán hasonló volt a helyzet 2022-ben, amikor a tízéves népegészségügyi programon dolgoztunk. Azt a parlament elfogadta, tehát valami elindult. Az azt követő években, amikor népegészségügyi kormány megbízottként nekem volt a feladatom az egészség érdekében történő ágazatközi együttműködés szervezése, nem ideális körülmények között, de legalább valamiféle változtatás elindult, nem is teljesen eredmény nélkül. Tehát én a nagy dilemmának azt tartom, hogy

az egészségpolitikát, az erről való gondolkodást a politikusok is, de lényegében a laikus társadalom és az orvosok is leszűkítik az egészségügyi rendszer feltételeinek javítására és kevésbé gondolkodnak arról, hogy végülis az, hogy mennyire vagyunk egészségesek, vagy mennyire veszélyeztetett az egészségünk, az többnyire nem az egészségügyben dől el.

V. J.: Köszönöm. Igazán kimerítő volt és örülök neki, hogy kicsit tágabbra is nyitottad a meghatározást az interneten elérhető meghatározásokhoz képest is, sőt, hogy magyar vonatkozásokat említettél. Én még annyit tennék hozzá, hogy amikor egészségügyi rendszer kerül szóba, a laikusok, illetve még azt is megengedném, hogy a szakpolitikusok is főképpen az egészségügyi ellátórendszert értik, azaz a kórházakat, a gyógyszertárakat és így tovább, de kevésbé értik az egészségügyi rendszer másik elemét, a népegészségügyet, és nem is nagyon foglalkoznak vele.

Mielőtt visszakanyarodnánk azokra az intézkedésekre, amiket említettél, előtte egy kicsit avassuk be az olvasókat, hallgatókat az egészségpolitika „boszorkánykonyhájába”, vagyis hogy hogyan születnek az egészségpolitikai döntések, és kik azok a szereplők, akik egy ilyen intézkedésnek, döntésnek a létrejöttében szerepet játszanak.

K. M.: Ez sem könnyű kérdés. Főleg azért, mert a jelenlegi egészségpolitikai döntéselőkészítési rendet nem ismerem, de szerintem elég kevesen ismerik, mert elég titokzatos. Ha az eredményesség és minőség oldaláról nézem, akkor feltűnő, hogy igen gyakoriak a korrekciós kényszerek, a kiadott jogszabályokat igen sűrűn kell módosítani. Nagyon jellemző a kapkodás, és azt a sajtóban is látjuk, hogy az egyeztetések rendre elmaradnak. Még azok is, amelyeket más jogszabály előír. Az viszont árulkodó, és muszáj erről egy pár szót mondanom, hogy 14 éve nincs Magyarországon önálló egészségügyi tárca. Az ágazat jelenleg a Belügyminisztériumhoz tartozik államtitkári kompetenciával. Magyarországon kívül csak egy olyan ország van az egész világon, ahol hasonló a helyzet. A csendes-óceáni Nauru szigetén egy politikusnak álló felsőfokú végzettségű ápoló felelős a

rendőrségért és az egészségügyért. Magyarországon egy nyugalmazott rendőr tábornok felügyeli az egészségügyet, ez is sokat elmond a hozzáállásról. A rendszerváltás óta 10 olyan évre emlékszem, amikor volt önálló egészségügyi minisztérium. 20 évig szociális és családi ügyekkel közös, különböző elnevezésekkel működő főhatósága volt az egészségügynek, és 12 évig egy emberi erőforrásokkal foglalkozó mega-tárcához tartozott az egészségügy. Ez nyilván politikai döntés kérdése, de mégis valamit elmond arról, hogy az egészség kérdése egy adott kormánynak mekkora prioritást jelent.

Az országgyűlésben jelenleg van ún. Népjóléti Bizottság, ide tartoznak az egészségügyi törvénytervezetek is, de azt látjuk, hogy a funkciója kiüresedett, lényegében nincsenek szakpolitikai viták. Mindez egy kicsit sajnós az ágazat kormányzaton belüli súlyát, vagy annak a csökkenését jelzi az elmúlt években, és hozzáteszem, hogy az egymást váltó kormányok itthon, és nagyon sokszor külföldön is, az egészséget nem tekintik befektetésnek. Az egészségügyi rendszer az az államháztartási hiány örökös bűnbakja. Nincs stratégiai tervezés és Magyarországon ezt igen jól jelzi jelenleg az egészségügyi közkiadások rendkívül szerény mértéke. Az uniós átlag felével kell szegyenkeznünk, hiszen csupán a bruttó hazai össztermék, a GDP körülbelül 4%-át fordítjuk egészségügyre. Ezen belül a népegészségügyre ennek – ezt is inkább csak becslésként mondom, mert nincsenek hozzáférhető pontos, részletes számok – körülbelül 2-3%-a jut, ami nagyon kevés. Hogy ennek mi a következménye, azt láttuk a pandémia alatt.

Persze volt ez másképpen is, és hogy hogyan kellene, hogy ennek kialakuljon a rendje, arra hadd mondjak példát. Állami vezetői időszakomból szívesen idézem az egészségügyi törvény előkészítését. Ezt

csak azért mondom, mert bár már rengetegszer módosították, vannak jó részei – más kérdés, hogy betartják vagy sem – például a betegjogok vonatkozásában. Annak idején ez egy nagyon úttörő kezdeményezés volt, Európában a legelső között voltunk, ahol a betegjogokat ilyen minőségben sikerült szabályozni. Több mint egy évig dolgozott a dokumentumon egy erre felkért munkacsoport, amelynek nemcsak orvos tagjai voltak, hanem laikus tagjai és civil szervezetek is. Ez a munkacsoport szakértők sokaságával tárgyalt, szakmai és civil szervezetek sokaságával konzultált, majd ezt követte a közigazgatási egyeztetés, és a kormánydöntés után a parlament hónapokig tárgyalt még róla. Rengeteg, többek között ellenzéki módosító javaslatot fogadtunk el, és végül a törvény a végszavazáson 90% körüli támogatást kapott, tehát jóval az akkori 72%-os parlamenti kormánypárti többségen túl, sikerült ellenzéki támogatást is ehhez megszerezni. Ez akkor valóban egy jó szakmai törvénynek minősült, és ez a munka nagyon-nagyon hosszú folyamatban valósult meg.

Tehát én azt gondolom, hogy az egészségpolitikai döntések, amelyek jelentős részben életről, halálról szólnak, nagyon lényeges, hogy hosszú egyeztetés során nyerjék el a megfelelő formájukat. Itt nem csak a különböző kötelező közigazgatási, más minisztériumokkal történő konzultációs, egyeztető munkára gondolok, hanem különböző szakértői megbeszélések, akár nyilvános viták kell, hogy csiszolják az ilyen tervezeteket, ahogy ez egy ilyen súlyú törvény esetén lenni szokott az általam ismert európai országokban is.

Hasonló módon készült el a 2002-ben a 10 éves népegészségügyi stratégia is, amely átmenetileg viselte csak Johann Bélának, a két világháború közötti magyar egészségpolitikusnak a nevét. Hadd ne

menjek bele, hogy miért vonták meg Johann Béla nevét ettől a programtól, ez messzire vezetne, maradjunk abban, hogy ez az „Egészség Évtizede” elnevezést kapta végül, amelyet a parlament 325 igen szavazattal, 4 ellenszavazattal és mindösszesen 1 tartózkodás mellett fogadott el. Köszönhetően annak is – és ez is egy nagyon fontos elem –, hogy a dokumentum készítői megnézték, hogy milyen tervezetek, milyen korábbi kormánydöntések voltak, és ezekre épített. Többek között épített a korábbi kormány Mikola István nevével fémjelzett elképzeléseire is.

Tehát én azt gondolom, hogy a megfelelő egészségpolitikai döntésnek – túl a kötelező egyeztetéseken és azon, hogy minél szélesebb körben és minél inkább a nyilvánosság előtt kerüljön megtárgyalásra – illik egyfajta kontinuitást, folyamatosságot felvállalni. Általában ezek a kérdések nem szabad, hogy egy-egy politikai ciklusra szóljanak. Ezért nagyon fontos, hogy az egészségpolitika nagy ügyeiben legyen egyfajta folyamatosság, legyen egyfajta, a ciklushatárokon túlnyúló gondolkodás. Ennek ma kevésbé adottak a politikai előfeltételei, de azért a korábbi években néhány alkalommal ez nálunk is előfordult.

V. J.: Részben említetted az egészségpolitika, a szakpolitika és a politika kapcsolatát. Az egészségügyi törvény megalkotásakor milyen módon hatott a „nagypolitika” az egészségpolitika által előkészített törvénytervezetre?

K. M.: Ha az egészségügyi törvénynél maradjunk, voltak viták, ahol egyfajta konszenzusra kellett jutni, vagy legalábbis elfogadható kompromisszumra. Maradjunk csak a betegjogoknál. A törvény alkotásának idején Magyarországot szocialista-liberális koalíció vezette. Liberális partnereink szerettek volna ezekben a kérdésekben nagyobb autonómiát adni a

betegeknek, megengedték volna az aktív eutanáziát is. Ez akkor, 3 évtizeddel ezelőtt még a Benelux államokban sem volt gyakorlat. Ugyanakkor például a jobboldali politikusok – keresztény tanításokra hivatkozva – élesen elleneztek. Ebből született meg jól-rosszul ez a „kezelés visszautasításának joga” címmel összefoglalható szabályozás, ami ma is érvényben van. Karsai Dániel küszködése, hogy az életvégi döntésekben az egyének nagyobb szabadságát ismerje el a hazai jogrendszer, újra előtérbe hozta ezt a vitát. Ezt csak azért hoztam fel, hogy illusztráljam: politikai és ideológiai megfontolások mennyire befolyásolják a döntéseket.

De említhetném az abortusz szabályozást is, ami időről-időre felmerül, és ami nagyon-nagyon érzékeny kérdés. Magyarországon, ha jól emlékszem, nem sokkal a rendszerváltás után tettek arra kísérletet a kereszténydemokraták, hogy ezt nagyon megszigorítsák. Ez nem tett jót akkor a politikai megítélésüknek, és általában sehol nem tesz jót, legalábbis Európában. Nemrég egy konferencián azt mondták a lengyel kollégáim, hogy Lengyelországban, ahol az európai országokhoz viszonyítva szigorú szabályozás van a szexuális jogok, reprodukív jogok területén, az, hogy az ott korábban uralkodó kormánypárt, a Jog és Igazságosság Pártja még inkább szigorítani akarta a szabályozást, olyan ellenállást váltott ki a lengyel hölgyekből korosztályra való tekintet nélkül, hogy az bizony nagy szerepet játszott abban, hogy megbuktak a választásokon. Szóval ezzel nagyon vigyázni kell, a politikának, ha nagyon belemegy a szakpolitikába, akkor ez nem jól sülni ki.

Hogy mondjak valami mást, ahol Magyarország még mindig nagyon konzervatív álláspontot képvisel, és maradjunk a szexuális jogoknál: most már nincs más európai uniós ország Magyarországon

kívül, ahol az úgynevezett esemény utáni tablettát csak receptre adják. Bebizonyosodott a szakma számára is, hogy ezeknek a viszonylag korszerű termékeknek a hormontartalma nem okoz komolyabb gondot, hogy emiatt ilyen nehezen lehessen hozzájutni, mert recepthez kötött. Korábban Lengyelországban is így volt, de a jelenlegi kormány egy törvényjavaslattal ezt hatályon kívül helyezte, és gyakorlatilag vény nélkül hozzáférhetővé tette, azonban a lengyel államfő ezt megvétózta. És mit csinált a Tusk kormány? Nagyon érdekes és furcsa megoldást választott – legalábbis ezt mesélték nekem a lengyel kollégák –, erre az egyetlen egy készítményre vonatkozóan felhatalmazta a patikusokat, hogy megírhatják a receptet, ha bemegy egy fiatal és esemény utáni tablettát kérni, és utána rögtön az illető ki is válthatja azt. Ezt azért mondom, hogy néha milyen furcsa dolgok alakulnak ki a politika és a szakpolitika nem mindig szerencsés összhangjából adódóan.

V. J.: Visszatekintve az elmúlt évtizedekre, milyen döntések voltak azok szerinted, amelyek az azóta megismert következmények alapján nem váltották be az elvárásokat? Hogyan kellett volna akkor dönteni, lett-e volna olyan döntés, amit meg kellett volna hozni, hogy elkerülhetők legyenek a ma jól ismert hátrányok? Itt csak néhány példára gondolnék, és kérek, foglald össze, hogy mik azok a problémák, amiket magunk előtt tolunk már legalább a rendszerváltás óta.

K. M.: Kevés olyan döntésre emlékszem, legalábbis 2010-ig, abból a 20 évből, aktív politikai működésem időszakából, amelyet nem kellett volna meghozni. Talán – bár már kevesen emlékezhetnek erre – a társadalombiztosítási önkormányzatok túlzott felhatalmazása volt esetleg naivitás, vagy a később visszavont versengő egészségpénztári rendszer is ebbe a körbe sorolható. Én inkább azt tartom bajnak, hogy

sokszor születtek félutas, rossz kompromisszumokkal terhelt jogszabályok, és még ezeknek a végrehajtásában sem voltunk következetesek. Vagy megszületett ugyan a megfelelő szabályozás, csak kapacitás, érdekeltség hiánya miatt ezek papíron maradtak és nem hajtották végre.

Mondok pár példát a népegészségügy területéről. Itt van például a nemdohányzók védelméről szóló törvény. Ennek több változata ismert, az első hazai törvény 1999-ből származik. Ezt még annak idején mi készítettük elő, majd a kormányváltás után Gógl (Gógl Árpád – a szerk.) miniszterisége idején került a parlament elé. Én már akkor is, és most is úgy gondolom, hogy túl puha volt. Nagyon érződött rajta különböző lobbik, elsősorban a dohánylobbi közvetett, nyilván nem közvetlen, de közvetett hatása, pedig már akkor lehetünk volna bátrabbak. Hogy egy másik példát mondjak, ami a ma napig hiány: markánsan hozzányúlni az alkoholos italok forgalmazására, árusítására vonatkozó szabályokhoz. Vagy a sok nekirugaszkodás ellenére sem sikerül bevezetni a közoktatásban az egészségtan megfelelő oktatását, tehát egy tantárgyi jellegű oktatását. Ez látszik, hogy mennyire hiányzik, hiszen szinte minden stratégiában, programban szerepelt az elmúlt 20-25 esztendőben. Ez a mai napig önálló tantárgyként nem létezik.

Hogy mondjak egy másik, részben az ellátásra vonatkozó, de azért a megelőzéshez is kapcsolódó dolgot: 1999-ben egy nagyon ígéretes kezdeményezésnek látszott az úgynevezett irányított betegellátási modell. Ennek az volt a lényege, hogy akik a betegellátást szervezték egy adott területen, azok egy elvi számlán a biztosítótól megkapták a terület lakosságának átlagos ellátási költségeit. És ha a szolgáltatókkal – jellemzően háziorvosokkal, járóbeteg-szakellátókkal – együttműködve hatékonyabban szervezték meg az

ellátást, kevesebben mentek a kórházba, mert jobb volt a prevenció, mert tényleg odafigyelt a házi orvos a hozzá bejelentkezett emberek életmódjára, tanácsokat adott stb., és ha született megtakarítás, akkor azt fejlesztésre, új egészségfejlesztési programokra, ösztönzésre fordíthatták. 2004 szeptemberében már 18 ellátásszervező, több mint 1200 házi orvosi praxis és durván 2 millió ember tartozott ehhez a rendszerhez, igen népszerű volt.

De ezután az következett, hogy miután ilyen népszerű lett, ez a kórházak ellenállását felerősítette, attól tartottak, hogy elfogynak majd a betegek és nekik ebből adódóan a finanszírozásuk csekélyebb lesz. Ráadásul akkor a liberális párt előjött azzal, hogy jó ez a rendszer, de be kell vonni az üzleti biztosítókat is. Na, ez aztán kiverte a biztosítékot. Az Állami Számvevőszék vizsgálatokat indított, hozzáteszem, meglehetősen célzatosan a negatívumokra fókuszáló vizsgálatokat, majd egy pár év múlva, 2008-ban ez a kezdeményezés, az irányított betegellátási rendszer, amit én talán az elmúlt 3 évtized egyik igazán reményteli újításának, innovációjának tartok, sajnos megszűnt.

Ez például hiba volt. De jó döntés volt, hogy mondjak a közelmúltból egy népegészségügyi példát, hogy bevezették az úgynevezett „chips adót”, ezt a bizonyos népegészségügyi termékadót 2011-ben, ami Szócska Miklós akkori államtitkár nevéhez fűződik. Ez egy jó rendszer, máshol is kipróbálták, működik. Az azonban sajnálatos, hogy a „chips adóból” befolyt összeget nem egészségfejlesztésre, népegészségügyre fordították, hanem megpróbálták először valamit beleforgatni ebből az egészségügyi dolgozók bérébe. Manapság azonban – most is van népegészségügyi termékadó és elég jelentős bevétel van belőle – ez csupán egy tétel a költségvetés bevételi oldalán, tehát ilyen szempontból semmiféle kap-

csolatban nincs ma már a népegészségügy finanszírozásával, és ez nagyon nagy baj. Tehát ez egy olyan adó, mint az összes többi és sarcnak tartják a gyártók, ebben az értelemben joggal.

De hogy még egy döntést mondjak, ami viszont nagyon nagy baj, az az egységes ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat – a szerk.) megszüntetése. Az, hogy a bürokrácia csökkentésének indokával sikerült szétzilálni, hogy a területi szerveit a laikus irányítású kormányhivatalokba kerültek, nagyon súlyos hiba volt. Ez igencsak megnehezítette a világvárványra való felkészülést és később a pandémia leküzdését.

Sajnos ezek olyan példák, amit így utólag könnyen lehet értékelni. Nyilván akkor sem mindegyik döntéshez volt közöm, persze utólag az ember okosabb, mint akkor, amikor a politikai viták között keresi a megoldást, és keresi a kompromisszumot. Egy bizonyos távlatból visszatekintve, lehettek volna olyan döntések, amiket jobb lett volna korábban meghozni, hogyha – nem akarom túlzásba vinni az álmodozást – mondjuk, mindezekben következetesek vagyunk, akkor lehet, hogy egy kicsivel jobb lenne a magyarok egészsége. De ezt nagyon óvatosan mondom.

V. J.: Esetleg megkérdezhetem, hogyha egyetlen döntést kéne hozni, hogy a népegészségügy eredményesebben tudja a magyar lakosság egészségét védeni, fejleszteni, mit javasolnál, milyen döntés lenne az, ami jelentős vagy komoly változást tudna előidézni? Te mit gondolsz most erről?

K. M.: Furcsa, amit erre mondok.

Azt gondolom, azon túl, hogy legyen egy önálló, az egészségpolitikáért felelős Egészségügyi Minisztérium, legyen egy kis létszámú, de megfelelő hatáskörrel rendelkező stáb a

miniszterelnök mellett, amely a népegészségügy területén elvégzi a szükséges koordinációt, rendelkezik bizonyos pénzeszközök felett.

Nem azt mondom, hogy akkora eszközökről kell, hogy szó legyen, amiből 10 stadiont fel lehet építeni – mert az szinte már 10 évre is elég lenne ahhoz, hogy tisztességes népegészségügyet csináljunk. Én azt gondolom, hogy először ezeket a szervezeti, finansziális, infrastrukturális feltételeket kell rendbe rakni, nyilván megfelelő finanszírozással.

A népegészségügyi prioritások kialakításánál figyelembe kell venni, hogy egyszerre nagyon nehéz mindenhez hozzáfogni, de ha valahol, akkor a fiataloknál lenne érdemes kezdeni. Azt gondolom, hogy ehhez egészségtan és megfelelő szocializáció szükséges. Megnézném, hogy az iskolában, a szervezett oktatásban, vagy ott, ahol a fiatalok a szabadidejüket töltik, az egészséget milyen tényezőkkel lehet elősegíteni és hogyan lehet kiküszöbölni mindazt, ami káros. Külön foglalkoznék a drog kérdéssel, ami ma egyértelműen rendészeti kérdés, és emiatt hiányosan kezelt. Azt hiszem, hogy ez egy döntő kérdés. Hosszan lehetne mondani és ugye azt kérdezted, hogy mi az a legfontosabb, én mégis inkább egy csomagot mondtam, mert nehéz kiemelni, hogy mi a legfontosabb. Nagyon sok mindent lehetne csinálni, de én valahogy visszanyúlnék az Ottawai Charta-hoz. Annak idején 5 fő cselekvési területet jelölt meg ez a dokumentum, és szerintem ez a világon ma is nagyon aktuális. Itt érdemes felsorolni, kicsit szabad fordításban:

1. egészségbarát közpolitika;
2. az egészséget támogató környezet, nem csak a fizikai környezet, hanem társadalmi környezet;
3. a közösségek erősítése, hogy legyenek olyan civil mozgalmak, közösségek, amelyek az egészséggel foglalkoznak, és az emberek egészségben tartását próbálják támogatni;
4. az egyéni képességek fejlesztése, ami szintén sok mindennel összefügg; - erre legyen meg a megfelelő lehetőség, ösztönzés stb.; és végül, de nem utolsósorban
5. egy olyan egészségügyi rendszer legyen, amiben van egy nagyobb elkötelezettség arra, hogy a prevencióval, az egészség védelmével, fejlesztésével foglalkozzon.

Nem azt mondom, hogy ez utóbbi egyáltalán nincs jelen Magyarországon, hogy nincsenek ilyen házi orvosok, nincsenek ilyen szolgáltatók. De azt gondolom, hogy sem a finanszírozás, sem az érdekeltség, vagy ha a túlterheltségét és az iszonyú hiányokat nézem a közfinanszírozott szolgáltató rendszerben, nem támogatja azt, hogy a szolgáltatók érdekelték legyenek a prevencióban, és ezen változtatni kell. Tehát ezek az ottawai cselekvési területek, azt gondolom, még ma is aktuálisak Magyarországon.

V. J.: Teljes mértékben egyetértek. Köszönöm szépen a beszélgetést. Én nagyon érdekesnek találtam a sok hazai példát. Remélem, hogy az olvasók és a hallgatók is így fogják gondolni és érezni. Köszönöm szépen még egyszer.

K. M.: Köszönöm szépen én is.