

17 EGÉSZSÉGÜGY FÜGGELÉK.....	2
17.1 A KORÁBBI OLIMPIÁK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK ELEMZÉSE	2
17.1.1 <i>Barcelona</i>	2
17.1.2 <i>Atlanta</i>	8
17.1.3 <i>Sydney</i>	16
17.2 A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY HELYZETE	21
17.2.1 <i>A magyar lakosság egészségi állapota</i>	21
17.2.2 <i>Az egészségügyi ellátás rendszere</i>	23
17.2.3 <i>Járványügy</i>	25
17.2.4 <i>Levegőminőség</i>	26
17.2.5 <i>Vízminőség</i>	26
17.2.6 <i>Dopping</i>	27
17.3 JÖVŐBENI FEJLESZTÉSEK ÉS BERUHÁZÁSOK A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN ÉS BUDAPESTEN	29
17.3.1 <i>Hazai Egészségpolitikai Program</i>	29
17.3.2 <i>Fővárosi Egészségpolitikai Program</i>	32

17 EGÉSZSÉGÜGY FÜGGELÉK

17.1 A KORÁBBI OLIMPIÁK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK ELEMZÉSE

17.1.1 BARCELONA

BEVEZETÉS

A barcelonai Olimpiai Játékok egészségügyi szolgáltató rendszerének kialakítása és megszervezése során a szervezők elsődleges célkitűzése az volt, hogy a különböző egészségügyi intézmények és egészségügyi szakemberek bevonásával magas színvonalú, hatékony és rugalmas szolgáltatásokat biztosítsanak.

EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET

Az Olimpiai Játékokon egészségügyi ellátást nyújtó személyzet szinte kizárólag önkéntesekből állt, akik megfelelő szakmai gyakorlattal rendelkeztek elsősorban kórházi és sportorvoslási területen. Az Olimpiai Játékokat megelőzően az egészségügyi személyzet minden tagja speciális tanfolyamokon vett részt, ahol megismerkedtek a feladat sajátosságaival, a sürgősségi ellátással, a sportorvosi ellátás alapjaival és a motivációs tréning szintén a felkészítés részét képezte. Az egészségügyi személyzet mindegyike legalább egy idegen nyelvet beszélt.

Az egészségügyi személyzet létszáma és beosztása Barcelonában

	Létszám (fő)
Orvos	611
Nővér	355
Fizioterapeuta	122
Masszőr	232
Sürgősségi orvoscsapat	611
Elsősegély személyzet	1 316
Doppingellenőrző munkatársak	90
Adminisztratív munkatársak	128
Egyéb	468
ÖSSZESEN	3 933

OLIMPIAI FALU

A NOB Orvosi Bizottsága által deklarált Irányelveknek megfelelő, jó színvonalú egészségügyi ellátó infrastruktúrát biztosítottak a Nemzeti Olimpiai Bizottság által delegált egészségügyi munkatársak a barcelonai olimpiai faluban. Amint azt a követelmények előírják, volt külön vizsgálóhelyiség, fizioterápiás és rehabilitációs rendelő. Minden egyes nemzeti olimpiai bizottsági orvos rendelkezett a Katalán Orvosi Intézmények Tanácsa (Council of Institutes of Doctors of Catalonia) akkreditációjával.

Fő akkreditációval (olimpiai faluba való belépési engedély) rendelkező egészségügyi személyzet létszáma és összetétele:

- 394 orvos
- 109 mentőápoló – fizioterapeuta, nővér, stb.
- 324 masszőr

Mivel a barcelonai Olimpiai Játékokon három olimpiai falu volt, három poliklinikát létesítettek a Játékok idejére. A legnagyobb poliklinikát, ami a Barcelonában lévő központi olimpiai faluban volt, a Katalán Egészségügyi Intézmény (Catalan Health Service)

építtette. A Játékokat követően ez a poliklinika mint alapellátó intézmény folytatta működését. A két másik poliklinika közül az egyik Banyoles-ben volt, ahol ideiglenesen átalakított helyiségeket vontak be az ellátási hálózatba, a másik pedig La Seu d'Urgell-ben volt található, itt a kórház bizonyos részlegeit használták szintén ideiglenes jelleggel a Játékok egészségügyi ellátásának segítésére.

A POLIKLINIKA SZOLGÁLTATÁSAI

- diagnózis
- kezelés
- állandó sürgősségi ügyeleti ellátás az alábbi szakterületeken:
 - traumatológia
 - lábgyógyászat
 - fogászat
 - fül-orr-gégészet
 - szemészet
- teljes körű fizioterápiás kezelés
- elektroterápia

A poliklinikákon ellátott esetek és gyógyszerfelírások száma

	Esetszám	Gyógyszerfelírás
Barcelona	4 933	4 410
Banyoles	505	304
La Seu d'Urgell	1	0
Összesen	5 439	4 714

Barcelonai poliklinika – esetszám szakterületi megoszlásban

	Esetszám
Klinikai vizsgálat	48
Fizioterápia	375
Sportgyógyászat	32
Belgyógyászat	772
Fogászat	618
Szemészet	344
Fül-orr-gégészet	262
Lábgógyászat	554
Radiológia (röntgen)	751
Traumatológia	575
Sürgősségi ellátás	536
Egyéb	66
Összesen	4 933

VERSENYHELYSZÍNEK

A barcelonai Olimpiai Játékok versenyszínhelyein a sportolók és nézők számára külön egészségügyi szolgáltatásokat biztosítottak. Minden helyszínen volt egy ún. 'egészségügyi igazgató', aki az egészségügyi ellátást felügyelte az ún. 'létesítményi igazgató' irányítása alatt. Ő adhatott utasításokat a sportolók egészségügyi ellátásáért felelős szakorvosnak és a nézők egészségügyi ellátásáért felelős szakorvosnak, továbbá a doppingellenőrzéseket végző és a sürgősségi ellátásért felelős munkatársaknak.

Minden versenyhelyszínen legalább egy mentőautó volt készenléti szolgálatban. Az egyes edzéshehelyszínek közelében szintén biztosítottak mentőautókat olyan távolságra, hogy 5 percen belül a helyszínre érhessenek.

Esetszámok a versenyhelyszíneken

	Akkreditált	Nem-akkreditált	Összesen
Összesen	3 290	2 457	5 747

KÓRHÁZAK

Az Olimpiai Játékok idején 1992-ben a kijelölt olimpiai kórházak hálózatán belül egy hivatalos olimpiai kórház és tíz kisegítő kórház működött. Barcelonában a Hospital del Mar volt a hivatalos olimpiai kórház, ahol azokat a speciális eseteket látták el, amihez az olimpiai falu poliklinikáján nem voltak megfelelő feltételek. Ez a kórház a sportolókat, az olimpiai család tagjait, önkénteseket, az olimpiai személyzetet és nézőket részesítette egészségügyi ellátásban.

A kisegítő kórházak a hozzájuk beutalt betegek felvételét és sürgősségi kezelését végezték. Az egészségügyi ellátást a nézők, akkreditált résztvevők, és természetesen a sportolók részére biztosították.

Kórházi esetek száma

	Hivatalos Olimpiai kórházak	Kisegítő kórházak	Összesen
Járóbetegellátás	242	8	250
Sürgősségi ellátás	462	30	492
Kórházba felvett páciensek száma	70		70
Összesen	774	38	812

A hivatalos Olimpiai kórházak szakterületenkénti esetszáma

Szakterület	Esetszám
Klinikai vizsgálat	3
Kardiológia	3
Általános sebészet	23
Érsebészet	2
Ortopédiai sebészet és traumatológia	43
Gasztroenterológia	23
Bőrgyógyászat	26
Szülészet-nőgyógyászat	12
Belgyógyászat	9
Tüdőgyógyászat	4
Neurológia	8
Szájsebészet	1
Szemészet	23
Fül-orr-gégészet	23
Urológia	18
Egyéb	21
Összesen	242

DOPPING ELLENŐRZÉS

A barcelonai Olimpiai Játékok előtt és alatt végzett összes egészségügyi vizsgálat a NOB Orvosi Bizottsága által meghatározott és a NOB Doppingellenes Kódexében közzétett előírásokkal, valamint az *Olimpiai Charta* 48. Szabályával összhangban történt.

A barcelonai doppingvizsgálati laboratórium működését a NOB 1985-ben akkreditálta, ez jelenleg a 'Municipal Institute for Medical Research Department of Toxicology' (Városi Intézet Toxikológiai Kutató Osztálya) intézményében van helyileg.

A versenyhelyszíneken 36 doppingellenőrző állomás működött: itt gyűjtötték be a vizeletmintákat, amelyeket aztán a

kimondottan erre a célra kialakított biztonsági járművekkel szállítottak a vizsgáló laboratóriumba a NOB Orvosi Bizottságának egyik képviselőjének felügyelete mellett.

A doppingellenőrző laboratóriumban 18 különböző elemzési módszert alkalmaztak, ezek segítségével minden tiltott szer kimutatható volt. Összesen 33 600 elemzést végeztek.

Összesen 1870 vizeletminta elemzését végezték el, ebből 1316 (70%) volt férfi sportolóktól, és 554 (30%) női sportolóktól vett minta. A vizsgálatok alapján öt (5) esetben volt a vizsgálat eredménye pozitív.

17.1.2 ATLANTA

BEVEZETÉS

Az 1996-os nyári Olimpiai Játékok olyan sajátos jellegű tömeg-összejövetel volt, ami az orvosi, egészségügyi szolgáltatások komplex lebonyolítását tette szükségessé. A sajátos jelleg abból fakadt, hogy a résztvevők és a nézőközönség igen nagy létszámban vett részt az eseményeken a Játékok időtartama is hosszú volt (31 nap a Paralimpiával, ami az olimpiai falu megnyitásával vette kezdetét), és sűrűn lakott helyszíneken került megrendezésre. Az olimpiai egészségügyi ellátást teljes mértékben koordinálni kellett a sürgősségi ellátással, a katasztrófa esetére kidolgozott tervekkel, és a helyi, állami és szövetségi egészségügyi felelősökkel.

Annak ellenére, hogy az atlantai Olimpiai Játékokon az egészségügyi ellátók között igen sok komoly kommunikációs és együttműködési probléma volt tapasztalható, a teljes körű orvosi és általános egészségügyi ellátás a lehető legszervezettebben zajlott. A Játékok előtt és alatt az egészségügyi felvilágosítás és megelőzés igen jól szervezett volt, ennek eredményeképpen a korábban vártnál kevesebb orvosi és általános egészségügyi probléma jelentkezett.

EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET

A barcelonai Olimpiai Játékokhoz hasonlóan az egészségügyi személyzet legtöbb tagja itt is önkéntesekből tevődött össze. Az Egyesült Államok minden részéből érkező Vöröskereszt munkatársak, sürgősségi mentőtisztek, mentőápolók, nővérek és orvosok látták el az egészségügyi feladatokat.

Az egészségügyi személyzet létszáma és összetétele (önkéntesek)

	Létszám (fő)
Adminisztratív munkatárs	542
Tréner	983
Doppingellenőrzési munkatársak	544
EMT*/ mentőápoló	690
Szakorvos/általános orvos	480
Nővér	372
Összesen	3 611
* Emergency Medical Technician / sürgősségi ellátásban résztvevő orvostechnikus	

OLIMPIAI FALU

Atlantában a központi olimpiai faluban működött a poliklinika, egy sportorvosi központ, edzeshelyszínek és a nemzetközi zóna elsősegély állomása. Ezekben a létesítményekben önkéntes egészségügyi dolgozók biztosították az olimpiai falu lakói számára az egészségügyi ellátást.

Kérésre a nemzeti olimpiai bizottságok egészségügyi személyzete számára külön egészségügyi létesítményeket bocsátottak rendelkezésre tartózkodási helyükön. A létesítmények megfelelő felszereléssel és műszerezettséggel a NOB Orvosi Bizottságának Irányelvei alapján kerültek kialakításra.

A nemzeti olimpiai bizottság által delegált mindegyik orvos, akinek lehetősége volt egészségügyi ellátást nyújtani az olimpiai teameknek a kijelölt nemzeti olimpiai bizottsági helyiségben, akkreditációval rendelkezett.

A poliklinika az olimpiai faluban lakó sportolók (3100 női és 7750 férfi sportoló) és az olimpiai család (4500 adminisztratív munkatárs, edzők, hivatalos résztvevők, szakorvosok és trénerek), tagjai számára volt hivatott egészségügyi ellátást nyújtani. A személyzet többi tagja (4000 önkéntes, 3600 szerződéses szolgáltató és 1800 biztonsági alkalmazott) szintén részesült sürgősségi ellátásban és szükség esetén rutinvizsgálaton is átestek.

A poliklinikát a Georgia Állam Technológiai Intézete Diák Egészségügyi Központja (Student Health Center of the Georgia Institute of Technology) hozta létre az Atlantai Szervező Bizottsággal (ACOG – Atlanta Committee for the Olympic Games) kötött

megállapodás alapján. Az egészségügyi központ egy kétemeletes épület, alapterülete mintegy 2 300 m².

Az Egészségügyi Központ munkatársai az irodai és adminisztratív alkalmazottak központi magját alkották, míg az önkéntesek többműszakos váltásban teljesítettek 24-órás szolgálatot az igények teljesítése érdekében. Összességében a munkatársak 18%-a volt alkalmazott (az irodai és adminisztratív munkaerő 39%-a), 82%-át pedig önkéntesek alkották.

Az egészségügyi munkatársak létszáma és összetétele

	Létszám (fő)
Adminisztratív munkatársak	64
Trénerek	116
Doppingellenőrzési munkatársak	112
EMT/ mentőápolók	29
Szakorvosok /általános orvosok	142
Nővérek	35
ÖSSZESEN	498

A poliklinika legtöbb egészségügyi munkatársa nem tudott a Játékok teljes időtartama alatt szolgálatot teljesíteni, ami azt jelentette, hogy naponta más munkatársak voltak, és ez zavarokat okozott: a munka eredményessége nem volt megfelelő a korai szakaszban, és a kommunikáció hatékonyságát is visszavetette.

A POLIKLINIKA SZOLGÁLTATÁSAI

- Klinikai szolgáltatások
 - Fogászat
 - Szemészet
 - Alapellátás
 - Ortopédia
 - Nőgyógyászat

- Fül-orr-gégészet
- Pszichiátria / pszichológia
- Bőrgyógyászat
- Lábgyógyászat
- Sürgősségi ellátás
- Speciális szolgáltatások
 - Sportorvosi ellátás
 - Doppingellenőrzés
 - Nem vizsgálata
- Kiegészítő szolgáltatások
 - Gyógyszerellátás
 - Klinikai laboratóriumi szolgálat
 - Képi diagnosztikai vizsgálatok

A poliklinika ezeket az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtotta az összesen 16 519 esetszám alkalmával, ebből 10 641 (64%) volt a sportolók aránya.

Esetszámok alakulása az egyes szakterületeken

Szakterület	Munkatársak létszáma	Páciensek száma	
		Összesen	Sportolók
Sportgyógyászat		5 000	4 000
Doppingellenőrzés		20	20
Nem vizsgálata	30 fős személyzet	3 050	3 050
Fogászat	20 fogorvos (ebből 1 szájszész) 11 fogászati asszisztens 7 szájhigiénés szakember	910	360
Szemészet	11 szemész, 12 szemvizsgáló orvos, 6 optikus	790	280
Alapellátás	10 belgyógyász (alapellátásban dolgozó orvos)	720	280

Szakterület	Munkatársak létszáma	Páciensek száma	
		Összesen	Sportolók
	7 családorvos 27 nővér, 2 asszisztens (igény szerint teljesítettek szolgálatot a szakellátó klinikákon is)		
Nőgyógyászat	8 nőgyógyász	25	10
Fül-orr-gégész	7 fül-orr-gégész	110	40
Ortopédia	8 ortopéd sebész	222	156
Pszichiátria / pszichológia	5 pszichiáter, 3 sport pszichológus	10	5
Bőrgyógyászat	5 bőrgyógyász	112	40
Lábgyógyászat	16 lábgyógyász	200	80
Sürgősségi ellátás	11 sürgősségi ellátó orvos, 8 nővér	300	120
Gyógyszerellátás	11 gyógyszerész	3 600	1 440
Labor ellátás	10 klinikai laboratórium technikai személyzete	500	200
Radiológia	8 radiológiai részleg technikai személyzete	634	380
MRI	5 MRI részleg technikai személyzete	204	112
Ultrahang	6 ultrahang berendezés technikai személyzete	112	60

VERSENYHELYSZÍNEK

Az egészségügyi ellátás keretében az egyes versenyhelyszíneken külön volt sportorvosi állomás, a nézők egészségügyi ellátását biztosító állomás és mobil elsősegély csoportok. A sportolók a versenyek idején a sportorvosi állomáson kaptak egészségügyi ellátást, amelyek a versenyhelyszínek mellett kerültek kialakításra, és személyzete legalább 1 fő orvostól, 1 nővérből és 1 trénerből állt. A sportolók az olimpiai faluban lévő sportorvosi központban is részesülhettek ellátásban (pl. masszőr, tréner).

A 24 versenyhelyszínen nyolcvannégy egészségügyi állomás volt, ami a nézők orvosi ellátását biztosította. Az ellátó állomások száma sporthelyszínenként átlagosan 1 és 3 között változott. A legnagyobb sporthelyszínen, az olimpiai stadionban 8 nézői ellátó állomás volt. Ezek az állomásokon az orvosok és a többi egészségügyi személyzet a nézők, alkalmazottak és az önkéntesek számára nyújtottak egészségügyi ellátást. Az ellátó állomások már 2 órával az aznapi versenyek kezdési időpontja előtt a helyszínen voltak, és felszereltségük lehetővé tette, hogy szívinfarktusos eseteket, valamint kisebb, kevésbé sürgős egészségügyi problémákat is kezeljenek. A nézői ellátó állomásokon kívül mobil elsősegély csoportok (egy sürgősségi mentőtiszt és egy mentőápoló) teljesítettek szolgálatot minden olimpiai helyszínen, akik a nézők között tartottak ügyeletet és

egyszerűbb eseteknél biztosítottak elsősegélynyújtást. Minden 20 000 nézőre jutott egy mobil elsősegély csoport.

A sürgősségi esetekben a páciens mentőautóval szállították a legközelebbi kórházba. A sürgősségi ellátás szolgáltatásait és az azokra vonatkozó terveket úgy alakították ki, hogy minden egyes helyszínen biztosított legyen az ellátás. Amint egy mentőautó személyzete megkezdte valamelyik páciens ellátását, egy újabb mentőautót vezényeltek ki arra a helyszínre.

Ezen túlmenően néhány sürgősségi mentőtiszt biciklin vagy motoros golfautón közlekedett, hogy a zsúfolt eseményhelyszíneken és gyalogos közlekedő helyeken gyorsan mozoghasson. Egy mentőhelikopter szintén készenléti szolgálatot teljesített.

Egészségügyi ellátás igénybevétele a versenyhelyszíneken

Sportlétesítmény	Sportesemény	Orvosnál jelentkező páciensek száma	Orvosi kezelésben részesített páciensek száma	Összes látogató (Ezer fő)
Clark Atlanta Egyetem	Gyeplabda	75	14	88
Uzsoda központ	Úszás	963	259	736
Alexander Memorial Coliseum	Ökölvívás	418	181	318
Georgia Dome	Gimnasztika, kosárlabda, kézilabda	2 504	370	1 845
Morehouse College	Kosárlabda	160	50	107
Omni	Kosárlabda	1 210	192	646
Atlanta Fulton County Stadion	Baseball	2 484	474	1 198
Georgia World Kongresszusi Központ	Kézilabda, vívás, súlyemelés	1 965	478	838
Atlanta strand	Strand röplabda	301	84	128
Morris Brown Egyetem	Gyeplabda	732	69	304
Olimpiai Stadion	Atlétika	4 840	742	1723
Wolf Creek	Lövészet	183	56	62
Stone hegyi kerékpár pálya	Kerékpár verseny	908	78	227
Stone military lovas pálya	Lovaglás	576	106	122
Georgia lovas park	Lovaglás, kerékpározás	2 388	468	493
Ocoee	Kajak-kenu	608	141	47
Összesen		20 315	3 762	8 883

KÓRHÁZAK

Atlanta vonzáskörzetében kilenc, a külső helyszíneken pedig nyolc kórház alkotta az Olimpiai Kórházak hálózatát, és ezek az ACOG egészségügyi létesítményeiből hozzájuk beutalt betegeket látták el. Az atlantai körzetben minden helyszínen rendelkezett egy kijelölt kórházzal, ahol a sürgősségi ellátásra beutalt betegeket látták el. Két hivatalos olimpiai kórház működött Atlantában (Atlanta Crawford Long Hospital, Georgia Baptist Medical Center), egy a sportolók, egy pedig az olimpiai család többi tagja számára. További hét kiegészítő kórház a nézők, az ACOG munkatársai és az önkéntesek részére biztosított egészségügyi ellátást.

A külső helyszíneken lévő városokban két kórházat jelöltek ki, egyet a sportolók és az olimpiai család tagjai, a másikat pedig a többi beteg számára. Voltak olyan helyek is, ahol a sportolókat, az olimpiai család tagjait, a munkatársakat és az önkénteseket ugyanabban az egészségügyi intézményben látták el, de ez néha a létesítmény működésében okozott fennakadásokat.

Negyvenhárom olimpiai sportoló jelentkezett a kórházban 1996. július 14. és augusztus 7. között, közülük 31 a Traumatológiai Osztályon, (ez a teljes sportolói létszám kb. 0,31%-a), ahová közülük végül 14 főt fel is vettek. További nyolc sportoló csapat orvosuk vagy a poliklinika orvosainak javaslatára vettek fel, négyet pedig ambuláns vizsgálatokra küldtek. Az ellátásra jelentkezők száma napi lebontásban 0–6 fő között mozgott.

A július 27-én a Centennial Olympic Park-ban történt bombamerénylet követően - ahol két személy életét veszítette, 111 pedig megsérült – sportolók nem jelentkeztek ellátásra. A Crawford Long Hospital-ba csupán néhány sérültet szállítottak, annak ellenére, hogy a kórház a Park közelében található. Ennek részben az volt az oka, hogy a közösségi kórházak fontossági besorolása alapján ez a kórház tartalékként szolgált egy második bombamerénylet esetére.

Az ellátásra jelentkező sportolók megoszlása: 16 nő (37%), 27 férfi (63%), életkoruk 16-36 év közötti volt (az átlagéletkor 24,7 év). A leggyakrabban ellátást igénylő országok közül Ausztráliából 4 fő, Oroszországból, Dél-Afrikából, Dél-Koreából egyenként 3 fő jelentkezett. Tizenöt beteg (35%) igényelt tolmácsolást.

Huszonkét sportolót hoztak be mentőautóval. Azok a versenyhelyszínek, ahol a leggyakrabban szükségük volt a sportolónak mentőautóra az ökölvívás (4 sportoló), atlétika és kerékpározás (egyenként 3) és judo (2). Huszonkét sportoló valamilyen orvosi vizsgálaton már átesett, mielőtt bevitték volna őket a Crawford Long Hospital-ba. Hármukat a sérüléssel járó verseny helyszínéhez közelebb lévő kórház Traumatológiai Osztályán vizsgálták, és csak utána szállították őket mentőautóval a Crawford Long Hospital-ba. Ezekhez a szállításokhoz nem igényeltek külön biztonsági intézkedéseket.

A kórházi kezelésre jelentkező sportolók olimpiai sportágankénti megoszlása

Sportág	Sporttal kapcsolatos sérülés	Egyéb vagy nem ismert ok
Ökölvívás	5	0
Atlétika	3	2
Birkózás	5	0
Kosárlabda	3	0
Kerékpározás	2	1
Judo	1	2
Műugrás	1	1
Torna	1	1
Magasugrás	1	1
Maratoni futás	2	0
Súlyemelés	2	0
Baseball	0	1
Gyeplabda	1	0
Kézilabda	1	0
Kajak-kenu	0	1
Távolugrás	1	0
Labdarúgás	1	0
Asztalitenisz	0	1
Röplabda	1	0
Vitorlázás	0	1
Összesen	31	12

DOPPING ELLENŐRZÉS

Akár csak Barcelonában, itt is a vizelet mintavétellel és dopping ellenőrzéssel kapcsolatos összes feladatot a NOB *Dopping-*

ellenes Kódexének útmutatásai alapján illetve az *Olimpiai Charta* vonatkozó szabályai szerint végezték el.

Vizelet mintavételt és tesztelést a selejtezők és a döntők során egyaránt végeztek. Véletlenszerű mintavételek is történtek. Amennyiben egy sportoló rekordot döntött meg, dopping ellenőrzésen kellett átesnie.

17.1.3 SYDNEY

BEVEZETÉS

A sydneyi Olimpiai Játékok egészségügyi szolgáltatásainak tervezésében, szervezésében és lebonyolításában a SOCOG (Sydney Organizing Committee for the Olympic Games, a Sydney Olimpiai Játékok Szervező Bizottsága) Egészségügyi Programja szorosan együttműködött a többi egészségügyi szervezettel, különösen az új-dél-walesi Egészségügyi Minisztériummal (NSW Department of Health), beleértve az NSW Mentőszolgálatát (Ambulance Service of NSW) illetve a St. John Mentőszolgálatot is. Ez a program két részből állt, egyrészt az Egészségügyi Ellátás, másrészt a Doppingellenőrzés feladataiból.

A Játékok utólagos értékelő jelentései és a nem hivatalos felmérések szerint az egészségügyi ellátás szempontjából a sydneyi Olimpiai Játékok kiemelkedően jól szervezett és megrendezett esemény volt.

EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET

A sydneyi Olimpiai Játékok során közreműködő egészségügyi személyzet pontos számáról és összetételéről nincsenek adatok, ezért ez a jelentés nem tartalmazza az ezzel kapcsolatos információkat.

OLIMPIAI FALU

Az olimpiai faluban található poliklinika általános és sportorvosi ellátást nyújtott a falu 15 300 lakójának (sportolóknak és a csapatok hivatalos tagjainak), valamint a SOCOG több ezres technikai személyzetének. Az összes rendelőintézeti osztály ugyanabban az épületben volt, egy kb. 2000 négyzetméteres területen. Az Olimpiai Játékok megrendezését követően a Poliklinikából alakították ki Sydney új városrészének, Newingtonnak az általános iskoláját.

A poliklinikán nyújtott ellátás:

- Sürgősségi ellátás a mentőszolgálat segítségével
- Sportorvosi ellátás
- Körzeti orvosi ellátás
- Diagnosztikai képalkotás
 - Röntgen
 - Ultrahang
 - CT felvételek
 - MRI felvételek
- Fogászat
- Gyógyszertár
- Szemészet
- Fizioterápia
- Masszázs
- Hidroterápia
- Lábgyógyászat
- Patológia
- Klinikai szakellátás
 - Fül-orr- gégészet
 - Bőrgyógyászat
 - Szemészet
 - Ortopédia

➤ Nőgyógyászat

- Dopping ellenőrzés
- Nem vizsgálat
- A NOB Egészségügyi Bizottságának Irodája

2000. szeptember 2. és október 4. között összesen 19 623 fő vette igénybe az olimpiai falu egészségügyi szolgáltatásait és intézményeit.

Orvosi vizsgálati lapot 9408 esetben töltöttek ki, amelyből 4607 sportolókra vonatkozott.

A vizsgálatok 4396 esetben sérülésekre, ebből 981 esetben izomhúzódásra és rándulásra irányultak. Szem fényérzékenységi panasszal fordult orvoshoz 1110 fő. Orvosok láttak el 3268 főt, míg a fizioterápiás szakemberek 2514 főt. A Poliklinikáról 64 beteget utaltak be kórházba. Az orvosi nyilvántartási lapok 71%-át sportolókról állították ki, 17%-át hivatalos résztvevőkről, edzőkről stb., 8,4%-át önkéntesekről és 3,6%-át más betegekről. A kezelések 76%-a biomechanikai és mozgásszervi sérülések gyógyítására, 24%-a pedig alapellátásra, leginkább a bőr és köröm sérüléseire irányult.

Esetszámok alakulása szakterületenként

Szakterület	Esetszám
Gyógyszertár	5622
Tanácsadás	3619
Fizioterápia	2884
Szemészet	1873
Fogorvos	1741
Diagnosztikai képalkotás	1648
Lábgógyászat	1042
Patológia	784
Masszázs	318
Sürgősségi ellátás	92
Összesen	19 623

VERSENYHELYSZÍNEK

A sydneyi Olimpiai Játékokon külön egészségügyi személyzet és létesítmények biztosították a sportolók ellátását, és megint más a nézőkét. A sportolókért felelős egészségügyi személyzet az adott sportágtól függően a pályán és/vagy a kijelölt sportlétesítményben dolgozott. Ebben a csapatban orvosok, ápolónők, fizioterapeuták, masszőrök és mentőtisztek voltak. A nézők egészségügyi ellátására kijelölt team orvosokból, ápolónőkből és a St. John mentőszolgálat elsősegélyt nyújtó szakembereiből állt.

Az egészségügyi személyzet 59 olimpiai elsősegélynyújtó helyen látta el a nézőket, akiknek az orvosok, ápolónők és az elsősegélyt nyújtó szakemberek egyébként a versenyek helyszínein lévő megfelelő létesítményekben, valamint a sydneyi Olimpiai Parkban lévő közös tartózkodási helyen is nyújtottak ellátást. Az ellátás a legegyszerűbb elsősegélynyújtástól egészen a legkorszerűbb módszerrel történő újraélesztésig terjedt.

KÓRHÁZAK

A sydneyi Olimpiai Játékokon tizenhárom hivatalos olimpiai és kiegészítő kórház alkotta az Olimpiai Kórházak hálózatát. Három (3) kórházat Hivatalos Olimpiai Kórháznak, tizet pedig Kiegészítő Kórháznak jelöltek ki.

Hivatalos olimpiai kórházak

- Westmead Hospital: A sydneyi Olimpiai Park nézőinek (ahol a versenyek 80%-a zajlott), és a Blacktown versenyhelyszínének ellátása.
- Concord Repatriation General Hospital: Az összes sportoló és a hivatalos résztvevők ellátására kijelölt kórház.
- Royal Prince Alfred Hospital: Az olimpiai család belvárosi szállodákban megszállt tagjainak kijelölt kórházi osztályokon történő ellátása, valamint a Darling Harbour és a városi versenyhelyszíneken (pl. triatlon) tartózkodó nézők ellátása.

Olimpiai kiegészítő kórházak

A Kiegészítő Kórházak Hálózata sürgősségi ellátást biztosított a versenyhelyszínekhez közeli helyeken, támogatva ezzel a három kijelölt hivatalos olimpiai kórház munkáját. Elsődleges szerepük a helyszínen lévő nézők ellátása volt. Ezen felül az olimpiai család és a paralimpiai család tagjai is választhatták bármelyiket ezek közül a kórházak közül sürgősségi ellátás céljából.

- Prince of Wales Hospital: A Moore Parkban (labdarúgás), a Rushcutters Bay-ben (vitorlázás), a városi versenyeken (országúti kerékpározás) és a Bondi Beach-en (strandröplabda) megrendezett versenyek nézőit szállíthatták ebbe a kórházba.
- Nepean Hospital: A Penrith Lakes versenyének nézőit (kajak-kenu és evezés) szállíthatták ebe a kórházba.
- Liverpool Hospital: A lovassportok, a hegyi kerékpározás és a kerékpárpálya nézőinek ellátását biztosította ez a kórház.
- New Children's Hospital: A Westmead campus sürgősségi ellátásainak szétválasztása miatt a Westmead Hospital által ellátott helyszínen lévő nézők esetében a gyermekgyógyászati ápolást ez a kórház biztosította.
- Sydney Children's Hospital: A Randwick campus sürgősségi ellátásainak szétválasztása miatt a Prince of Wales Hospital által ellátott helyszínen lévő nézők esetében a gyermekgyógyászati ápolást ez a kórház biztosította.
- Royal North Shore Hospital: Ez a kórház látta el a Nemzetközi Ifjúsági Tábor St. Joseph College és Hunters Hill helyszínein lakó kb. 400, 16-18 éves korú fiatal résztvevőjét, valamint a maratoni futás első szakaszának nézőit.
- Sydney Hospital: A Sydney Hospital látott el több belvárosi, kulcsfontosságú szállodát, a triatlon pálya nézőit valamint a városi nagy tömegrendezvények résztvevőit.
- St Vincent's Hospital: Ez a kórház a belvárosi események egészségügyi ellátását biztosította.
- Ryde Hospital: Mivel közel helyezkedett el a vízilabda versenyek helyszíneinhez, ebbe a kórházba is érkeztek betegek.
- Auburn Hospital: Ebbe a kórházba is szállítottak betegeket különböző helyszínekről, de a fő feladata az volt, hogy a személyzet részére szállást biztosítson a nővérszállón.

Betegek jelentkezése és felvétele az Olimpiai Kórházakba

	Sportolók	Olimpiai család tagjai	Munkatársak	Média	Nézők	Egyéb	Összesen
Jelentkezők	88	144	201	97	207	32	769
Felvett betegek	32	47	29	16	51	9	184

17.2 A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY HELYZETE

17.2.1 A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Az utóbbi évtizedekben kedvezőtlenül alakult a magyar népesség egészségi állapota, s a felzárkózás folyamatában Magyarországnak mára már az egészségügy terén legnagyobb a lemaradása az európai színvonaltól. A gazdasági fejlettséghez képest kirívóan rossz helyzetet elsősorban az alacsony születéskor várható élettartam és a tartósan magas halandóság mutatja. A születéskor várható élettartam csak a nők esetében emelkedett, a férfiaknál a hetvenes évek végétől a kilencvenes évek közepéig csökkent, azóta azonban lassan javul. Leginkább az aktív korú népesség, és különösen a férfiak morbiditási és halálozási mutatói aggasztóak, aminek természetesen messzemenő munkaerőpiaci következményei is vannak. A korai halálozás kétszer akkora, mint az EU-ban; 2000-ben az elhalálozott férfiak 40%-a 65 év alatti volt. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy a férfiak születéskor várható élettartama 7,8 évvel, a nőké 5,6 évvel alacsonyabb az EU átlagnál. Az alábbi táblázat a magyar népesség főbb demográfiai jellemzőit tartalmazza.

A főbb demográfiai mutatók alakulása (1990-2000)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Élveszülések száma, fő	125 679	127 207	121 724	117 033	115 598	112 054	105 272	100 350	97 301	94 645	97 597
Halálozások száma, fő	145 660	144 813	148 781	150 244	146 889	145 431	143 130	139 434	140 870	143 210	135 601
Teljes termékenységi arányszám*	1,84	-	-	-	-	1,57	1,46	1,38	1,33	1,29	1,33
Ezer megfelelő nemű lakosra jutó halálozás	14,10	14,00	14,40	14,60	14,30	14,20	14,00	13,70	13,90	14,20	13,50
Csecsemőhalálozás**, %	14,80	-	-	-	-	10,70	10,90	9,90	9,70	8,40	9,20
Születéskor várható átlagos élettartam (férfi), év	65,13	65,02	64,55	64,53	64,84	65,25	66,06	66,35	66,14	66,32	67,11
Születéskor várható átlagos élettartam (nő), év	73,71	73,83	73,73	73,81	74,23	74,50	74,70	75,08	75,18	75,13	75,59

* Az adott év kor szerinti születési gyakorisága mellett egy nő élete során hány gyermeknek adta életet.

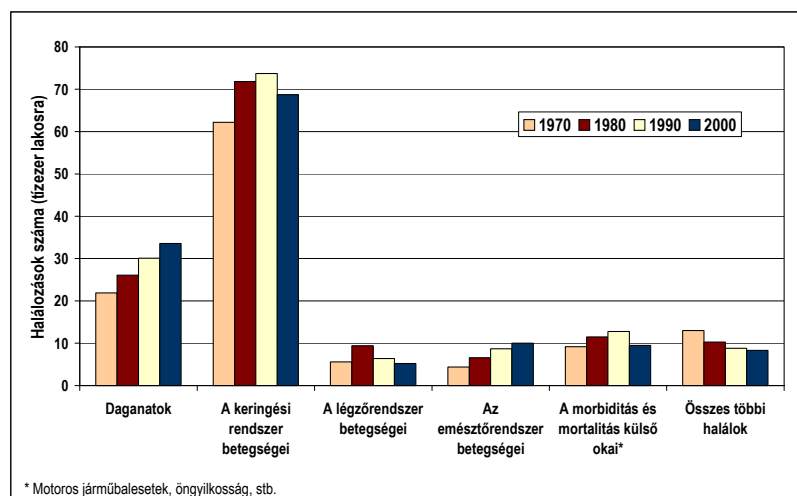
** Ezer élveszülésre jutó 1 éven aluli csecsemőhalott

Forrás: KSH

E helyzet kialakulásáért mindenekelőtt az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra, a környezeti tényezők és az egészségügyi intézményrendszer állapota felelős. Az egészségtelen életmód egyes elemeit illetően (dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozási szokások, mozgáshiány) Magyarország a nemzetközi statisztikák élmézőnyében foglal helyet. A halálozások felét az önpusztító életmód következményeként kialakult keringési rendszer betegségei, egynegyedét a daganatos megbetegedések okozzák, amelyek két-háromszor gyakoribbak az EU átlagánál. A halandóság halálokok szerinti alakulását mutatja a következő ábra. Az egyének egészségi állapota és életesélyeik társadalmi-gazdasági státuszukkal, jövedelmi

helyzetükkel is szorosan összefügg. A csecsemőhalandóság a hatvanas évektől ugyan csökkent, de még így is majdnem kétszerese az EU átlagnak. A halálozás területi különbségei részben a regionális társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket követik, részben a települések nagyságával és az egészségügyi intézményrendszer fejlettségével és elérhetőségével vannak összefüggésben (például a kistelepüléseken élők várható élettartama több mint két évvel kevesebb, mint a fővárosban).

A halandóság alakulása a leggyakoribb halálokok szerint (tízezer lakosra)



A lakosság egészségi állapotának javítására történtek kezdeményezések. 2001 júliusában készült el az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010, amely épít a korábbi átfogó népegészségügyi stratégiákra, egy-egy terület nemzeti programjaira, stratégiáira és azok eredményeire. A program illeszkedik az Egészségügyi Világszervezet Health 21 politikájához és olyan cselekvési terveket tartalmaz, amelyek teljesítése elengedhetetlen az európai uniós csatlakozásunkhoz.

17.2.2 AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS RENDSZERE

A magyar lakosság egészségi színvonalá elmarad az európai átlagtól

A magyar egészségügyi rendszer számos pozitívum mellett – hasonlóan más országokéhoz – jelentős problémákkal is küzd. Jóllehet a lakosság számára hozzáférhető ellátás minősége általában jó, és az egészségügyi dolgozók elkötelezettsége sem kérdőjelezhető meg, a lakosság egészségi állapota mégis elmarad az európai színvonaltól.

Az egészségügy finanszírozása nem tartott lépést a növekvő szükségletekkel és a gazdasági fejlődéssel. Az összkiadások reálértéke a kilencvenes évek elején növekedett, majd 1994-98 között több mint 20%-kal csökkent, azóta újra növekszik, de még mindig nem érte el az 1994-es szintet. Az egészségügyre fordított összes kiadás 1994-ben a GDP 8,3%-át, 2000-ben már csak 6,6%-át tette ki (EU: 8,6%), vásárlóerő paritáson számított értéke pedig az EU átlagnak csak 40%-a. Az összes egészségügyi kiadáson belül a közkiadások 10 év alatt a GDP 6,5%-áról 5,2%-ára csökkentek. A közvetlen lakossági térítés aránya ugyanezen időszakban megduplázódott, 2000-ben már meghaladta a teljes egészségügyi kiadás 21%-át. Az alábbi táblázat statisztikai adatai alapján megállapítható, hogy a rendszerváltás óta a egészségügyi ellátás terén hatékonyságnövelő lépések történtek.

Az egészségügyi ellátás hatékonysága

	1980	1990	1995	1999	2000
Egészségügyi alapellátás					
Betegforgalom, ezer	45 821	42 738	49 426	52 887	53 167
Ebből: Szakrendelésre irányítások száma, ezer	2 416	2 287	4 346	6 034	6 454
Kórházba utalások száma, ezer	221	216	267	346	355
Egy házi orvosra jutó lakosok száma	2 521	2 327	2 038	1 940	1 943
Járóbeteg szakellátás					
100 lakosra jutó gyógykezelési esetek száma	726,1	781,5	995,8	1 476,3	1 560,6
Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás					
Kórházak száma	154	148	n/a	172	178
Kórházi ágyak száma	95 539	105 097	92 603	83 992	83 430
Tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma	89,2	98,3	90,7	83,6	83,2
Száz kórházi ágyra jutó orvosok száma	11,1	13	n/a	14,1	14,4
Száz kórházi ágyra jutó ápoló és egyéb eü-i szakdolgozók száma	47,2	52,5	67,2	66,3	65,8
Elbocsátott betegek száma, millió fő	2,0	2,3	2,4	2,6	2,6
Az ápolás átlagos időtartama, nap	14,2	12,7	n/a	9,2	8,9

Forrás: KSH

Az egészségügyben dolgozók száma összességében megfelelő, összetétele azonban eltér a kívánatostól. 100 ezer lakosra 362 orvos jut, ami közel áll az EU átlaghoz, de szakirányú és területi eloszlásuk egyenetlen. Az OECD országok között Magyarországon a legmagasabb a szakorvosok, és legalacsonyabb az ápolók aránya (286/100 ezer lakos). Az ágazati bérszínvonal méltatlanul alacsony, ami egyes orvosi munkaterületeken és a szakdolgozók körében a minőségi betegellátást veszélyeztető munkaerőhiányt okoz. A negatív tendenciák és folyamatok ellenére kimondható, hogy a magyar orvoslás, az egészségügyben dolgozó gyógyító és tudományos tevékenységet folytató orvosok és a szakszemélyzet munkájának színvonala – különösen a sok helyütt mostohának is nevezhető körülmények ellenére – méltán világhírű. Az orvosok és az egészségügyi szakszemélyzet képzése megfelelő, az új eljárások alkalmazásának nem a tájékozottság és az egyéni/intézményi vállalkozó kedv az akadálya, hanem a már sokat emlegetett finanszírozás, vagy az infrastruktúra, illetve a rendszer hiányosságai. A mostoha körülmények között és az elégtelen finanszírozási környezetben is működik és üzemel az ország és Budapest kórházainak nagy része, és – relatíve – kevés a csödbe ment intézmény. Léteznek és a minőségi ellátásra alkalmasak a kapacitások mind az alap-, mind pedig a szakellátások területén, igaz, hogy a tudásbázisok a nagyvárosokra (egyetemi központokra) és Budapestre koncentrálnak. E tekintetben a Fővárosnak jelentős előnye van.

Az egészségügyi ellátórendszer területi és szakmastruktúrája, az intézmények felszereltsége nem követi a demográfiai változásokat, valamint az országos és területi megbetegedési jellemzőket. Az alapellátásban gyakori a betegek indokolatlan továbbküldése, a magasabb szintű szolgáltatások, különösen a kórházi szolgáltatások túlzott igénybevétele. Ezért nem eléggé érvényesül a progresszivitás, az hogy a beteg gyógyítása az állapotának megfelelő, s ne magasabb intézményi szinten történjen.

Az alapellátásban a korábbi körzeti orvosi hálózat helyébe a választott család-orvosi rendszer lépett. Az egészségügyi intézményeket az állam a települési és területi önkormányzatok tulajdonába adta. A finanszírozás működtetését 1993-tól az egészségbiztosítási önkormányzat végezte a munkabérek után beszedett járulékokból, majd később részben a munkavállalónként befizetett fix összegű hozzájárulásból. A működési feltételek azonban hiányosak, akadályozzák az alapellátás kapuőri szerepének kiteljesedését és prevenció funkciójának teljesítését. 100 ezer lakosra 67 házi orvos jut, ami megközelíti a közösségi átlagot, de az aprófalvak jelentős részében csak kihelyezett rendelés működik. A járóbeteg-szakellátás betegforgalma jelentősen nőtt (1996-ban 88%-kal haladta meg az EU átlagot), viszont a rendelőintézetek területi struktúrája lényegében nem változott. A fekvőbeteg ellátás területén a kórházi ágyak számának 10 év alatt 22%-kal történő csökkentése jelentette a legnagyobb változást. Jelenleg 100 ezer lakosra 832 ágy jut, ami európai összehasonlításban még mindig sok, és a fekvőbeteg esetek száma is 30%-kal magasabb az EU átlagnál. Szerkezeti problémát jelent, hogy az aktív ágyak száma magas (576/100 ezer lakos), a krónikus ágyak száma viszont kevés. Hiány van az ápolási otthoni ellátás, a rehabilitációs, az onkoterápiás és geriátriai ellátás, valamint az otthoni szakápolás területén is. Az ellátórendszer szerkezetváltását várhatóan kedvezően befolyásolja az egynapos diagnosztika és sebészet terén 2001-től bevezetett finanszírozási érdekeltség.

A beruházások szintén elmaradtak az igényektől, aminek következtében az épületállomány annyira leromlott, hogy 50%-uk

rekonstrukciót igényel. A modern diagnosztikus és terápiás eszközök ellátottsága terén 1990 óta Magyarország és Európa között csökken a távolság, de a gép- és műszerállomány összességében elavult (44%-a 1994 előtti beszerzés), területi eloszlása egyenlőtlen. Az eszközállomány elavultságának oka, hogy a finanszírozási rendszer csak 2001-től foglalja magába az amortizációs költségeket.

Az egészségügyi intézményi kapacitások régiók közötti és régióon belüli eloszlása egyenetlen, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele azonban valamivel kiegyenlítettebb. Az ellátottság Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön a legkedvezőtlenebb, és Közép-Magyarországon, s ezen belül is a fővárosban a legkedvezőbb. A források és szolgáltatások aránytalanul nagy hányada koncentrálódik Budapestre, ahol például az orvos- és kórházi ágy ellátottság 87%-kal, illetve 67%-kal, az egy lakos által igénybevett szolgáltatások értéke pedig 26%-kal magasabb, mint az országos átlag.

A 2001-ben felgyorsult egészségügyi reform keretében elfogadott, 2006-ig szóló konszolidációs program az ellátás hozzáféréseinek, minőségének és működési feltételeinek javítását irányozza elő, ösztönzi az irányított struktúra-váltást, a hatékony tulajdonosi átalakulást, továbbá az elavult épület és gép-műszer állomány felújítását. Az ugyancsak 2001-ben elindított 10 éves népegészségügyi program célja a lakosság egészségi állapotának és életminőségének javítása.

17.2.3 JÁRVÁNYÜGY

Magyarországon a járványügyi helyzet kedvező

Magyarországon a járványügyi helyzet összességében kedvező képet mutat. A fertőző betegségek és ezen belül a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek számának csökkenése jellemző az elmúlt években. A kötelező védőoltások teljesítése 99% feletti.

1999-ben a fertőző betegségek bejelentési rendszere alapján 46 féle fertőző betegség összesen 106 850 esetben okozott betegséget. A bejelentett fertőzések mintegy felét a bélfertőzések (salmonella és campylobacter) teszik ki. A légúti terjedésű betegségek közül, az influenza járvány megelőzésére térítésmentes influenza elleni oltás biztosított egyre szélesebb körben.

A HIV fertőzések szempontjából Magyarország továbbra is az alacsonyan fertőzött országok közé tartozik. Az AIDS incidenciáját tekintve a hazai adat (0,4/100 000 lakos 1999-ben) kedvezőnek minősíthető az Európai Unió országok átlagához viszonyítva (2,5/100 000 lakos 1999-ben). A heveny fertőző májgyulladások incidenciája az utóbbi években folyamatosan csökkent.

Kiemelt feladat, hogy Magyarország európai viszonylatban is jónak mondható járványügyi helyzetét a megnövekedett migráció mellett is megőrizzük.

17.2.4 LEVEGŐMINŐSÉG

A hagyományos ipari légszennyező anyag kibocsátása jelentősen csökkent, a közlekedési eredetűeké nőtt

Az elmúlt évtizedben történt változások, az ipari termelés jelentős visszaesése, illetve szerkezetváltása, a gépjármű-forgalom növekedése, az ólmozott benzin forgalmazásának beszüntetése stb. jelentős mértékben befolyásolták a légszennyezettséget. A levegőminőségi helyzet alakulásában egyfelől egyértelműen kedvező változást hozott az ipari térségek összefüggő légszennyezettségének megszűnése, másfelől a közlekedéssel erősen érintett helyeken, elsősorban a települések forgalmas útvonalai mentén romlott a levegő minősége. Ennek megfelelően a legtöbb hagyományos ipari légszennyező anyag kibocsátása jelentősen csökkent, a közlekedési eredetűeké azonban nőtt, s mára már a közlekedés vált a legnagyobb légszennyező forrássá.

Általánosságban megállapítható, hogy a három leggyakoribb és legnagyobb mennyiségben kibocsátott légszennyező anyag (kéndioxid, nitrogén oxidok és szilárd anyag) koncentrációja hosszabb távon csökkenő tendenciát mutat. Az ország átlagos levegő-szennyezettségi állapota nemzetközi összehasonlításban közepesnek tekinthető.

A legkritikusabb az elsősorban az 1992 óta folyamatosan növekvő, közlekedésből származó NO₂ terhelés, különösen azokon a településeken, ahol nagy az átmenő gépkocsiforgalom (pl. Sopron, Mosonmagyaróvár, Szeged, Budapest). A közlekedés jelentős mértékben hozzájárul az ózonkárosító anyagok és az üvegházhatású gázok kibocsátásához is (a CO₂ kibocsátás 15%-a közlekedési eredetű). A legtöbb városi területen magas az ülepedő- és a szálló por koncentrációja, amely néhány településen (pl. Budapest) jelenleg is emelkedő tendenciát mutat. A nyári, szárazabb időszakokban egyes településeken magas a talajeredetű porterhelés. 1998-ban az ország lakosságának közel negyede élt határérték feletti (a terület 2,3%-a), illetve egyötöde határérték közeli (a terület 5,5%-a) légszennyezettségű területen. Közép-Magyarországon a legrosszabb a helyzet, itt a régió lakosságának 86%-a él szennyezett levegőjű településen.

17.2.5 VÍZMINŐSÉG

A felszín alatti vizek minőségi állapota általában jobb, mint számos európai országban

Az ivóvízellátás több mint 90%-ban, valamint az ipari, az öntözési és egyéb vízigények egy részének kielégítése felszín alatti vizekből történik. Jelentős a termálvizek gyógyászati, illetve egyes területeken fűtési célú hasznosítása is. A felszín alatti vizek mintegy kétharmada sérülékeny a felszíni eredetű szennyeződésekkel szemben. Ezért a felszín alatti vízkészletek fenntartható használata stratégiai jelentőségű Magyarországon. A mélyebb rétegvizek általában védettek. A földtani adottságok különböző elemdúsulásokat idéznek elő, pl. vas, mangán, arzén és ammónium. Ennek ellenére a felszín alatti vizek minőségi állapota általában jobb, mint számos európai országban. Az ivóvízellátásra igénybe vett felszín alatti vízbázisok védelmét, a védőterületek meghatározását célzó nemzeti program végrehajtása 1997 óta folyik, befejezése 2009-ben várható.

17.2.6 DOPPING

Magyarország aktívan részt vesz a doppingelleni küzdelemben

Magyarország aktívan részt vesz a dopping elleni küzdelemben. A doppingellenes tevékenység két legfontosabb feladata: a célcsoport-orientált – döntően bejelentés nélküli – nemzetközi normákhoz igazodó következetes doppingellenőrzés és a megelőzés, amely egyaránt tartalmazza a felvilágosító, nevelő és tájékoztató tevékenységet is. Ennek módszerei: a továbbképzés, a sporttudomány, és sportegészségügy eredményeinek alkalmazása, színvonalas felvilágosító kiadványok készítése, az írott és elektronikus média igénybevétele, valamint a témában érdekelt nemzetközi szervezetekben való részvétel ill. kapcsolattartás. Az elmúlt években a kormány programjában kiemelt szerepet kaptak a dopping elleni küzdelemmel kapcsolatos feladatok. 1999 júniusában az ISM és a MOB által rendezett „Dopping és drog nélkül a magyar sport tisztaságáért” c. konferencia résztvevői elfogadták az 1999. évi Lausanne-i doppingellenes világkonferencia záródokumentumát.

A doppingolás tiltására és szankcionálására nagyon sok országban születtek szigorú vagy kevésbé szigorú doppingellenes törvények, melyek sok esetben eltérnek egymástól. Magyarországon 2001 júniusában fogadta el a Kormány a 99/2001. (VI. 20.) rendeletet, amely a meg nem engedett teljesítményfokozás tilalmának próbál érvényt szerezni. A szabadidős sportteljesítmény fokozása érdekében illegális szerekhez nyúlók ellen a rendelet nem lehet elég hatékony, de készül a büntető törvénykönyv vonatkozó módosítása, melynek keretein belül a doppingkészítéssel árusítókra – és itt elsősorban anabolikus szteroidok és fehérjetermészetű hormonokkal kereskedőkre gondolunk – kemény büntetés vár. Hazánkban ugyanis a legnagyobb problémát az ellenőrizetlenül, orvosi felügyelettel mentesen szedett gyógyszerek, tiltott teljesítményfokozók szedése jelenti. Több fórum is a szabadidős sportolók rendelkezésére áll, amelyen választ kaphatnak a teljesítményfokozással és izomépítéssel kapcsolatos kérdéseikre.

Egyetlen magyar sportoló sem akadt fenn a dopping- ellenőrzésen

A felvilágosító és nevelő munkának, valamint a szervezett doppingellenőrzéseknek köszönhetően az olimpiai játékokon ill. a nagy nemzetközi versenyeken egyetlen magyar sportoló sem akadt fenn az ellenőrzés hálóján. A Magyarországon eddig elvégzett mintegy 11 000 doppingellenőrzés költsége 700 millió forintot tett ki, amely 65 000 forintos mintánkénti költséget jelent. A Magyarországon elvégzett doppingellenőrzésekkel kapcsolatos számadatokat mutatja az alábbi táblázat.

A Magyarországon elvégzett doppingellenőrzések száma 1980-1999 között

	1980-1989	1990-1999
Ellenőrzések száma	5 180	5 820
Pozitív esetek száma	323	53
Pozitív esetek száma (%)	6,2	0,9
Sportágankénti megoszlás:		
Atlétika	93	3
Birkózás	4	-
Cselgáncs	11	-
Duatlon	-	1
Evezés	3	-
Kajak-kenu	3	1
Súlyemelés	199	8
Úszás	3	-
Testépítés	3	40

Forrás: ISM

Az egészségpolitikai programok és az aktuális elemzések 150–600 milliárd forintos skálán jelölik meg azt a ráfordítási igényt, amely feltétlen szükséges a hazai egészségügyi válság kezelése és a reform folytatása érdekében. A feladat- és kapacitásméretekre tekintettel, e forrásokból a Fővárosi Önkormányzat legalább 20, Budapest legalább 35 százalékban részesedhet, ami 30–120 milliárd forint beáramlását jelenti a Fővárosi Önkormányzat és 53–210 milliárd forintos részesedést Budapest egészségügyi rendszerébe.

17.3 JÖVŐBENI FEJLESZTÉSEK ÉS BERUHÁZÁSOK A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN ÉS BUDAPESTEN

17.3.1 HAZAI EGÉSZSÉGPOLITIKAI PROGRAM

AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM CSELEKVÉSI PROGRAMJA 2001-2002

Az Egészségügyi Minisztérium egy rövid távon is megvalósítható, pragmatikus cselekvési programot dolgozott ki mintegy 70 milliárd Ft költségigénnyel

A kétéves cselekvési program célja az, hogy:

- előkészítse és megalapozza az egészség és az egészségügy társadalmi megítélése és anyagi helyzete számottevő javulását
- egyes jól körülhatárolt területeken érzékelhető javulást eredményezzen a működési és strukturális pazarlások megszüntetésével, ezzel is bizonyítva a forrásbevonás ésszerűségét

A cselekvési program az alábbi megvalósítandó programokat öleli fel, az Egészségügyi Minisztérium kompetencia szintje szempontjából három csoportba sorolva:

1. szint: Kormányzati együttműködést igénylő programok

- népegészségügyi program
- informatikai fejlesztési program
- önálló balesetbiztosítás megteremtése
- gyógyturizmus

2. szint: Ágazati szinten megvalósítandó programok

- az alapellátás fejlesztésének programja
- minőségbiztosítás

- szakellátás fejlesztésének programja
- gyógyszerpiaci szabályozás
- szabad foglalkozású szakorvoslás és új intézményi működtetési formák
- az eszközhasználat költségeinek (amortizáció) megtérítése

3. szint: A Minisztérium intézményeiben saját hatáskörben végrehajtható programok

- országos intézetek működésének szabályozása, hatékonyságuk javítása
- rezidensképzés továbbfejlesztése

„EGÉSZSÉGES NEMZETÉRT” NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM 2001–2010.

A program épít a korábbi átfogó népegészségügyi stratégiákra, egy-egy terület nemzeti programjaira, stratégiáira (Nemzeti Rákkontroll Program, Nemzeti Stroke Program, Nemzeti Környezet-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégia a Kábítószer probléma visszaszorítására, Technológiai Előrettekintési Program stb.) és azok eredményeire. A program illeszkedik az Egészségügyi Világszervezet Health21 politikájához, és olyan cselekvési terveket tartalmaz, melyek teljesítése elengedhetetlen Európai Unió csatlakozásunkhoz.

A program öt nemzeti célt tűz ki a 2010-ig tartó periódusra:

- El kell érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb emberi érték az egészség legyen, s az egészségmegőrzéséért kész is legyen tenni, a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitértető jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
- A felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig.
- Az egészségben eltöltött életévek számát mind férfiaknál, mind pedig nőknél ki kell kiterjeszteni.
- A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 70, nőknél legalább 78 esztendőre kell meghosszabbítani.
- A társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkenteni kell.

Tíz kiemelt nemzeti feladat

- Az egészséges életre nevelés, az oktatás és tudatformálás erősítése.
- A célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése.
- Az egészséges táplálkozás széleskörű elterjesztése.
- Az egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése.
- A káros szenvedélyek (túlzott szeszes ital fogyasztás, dohányzás, drogfogyasztás) elleni küzdelem.
- Az egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása.
- A járványügyi biztonság erősítése.
- Az élelmiszerbiztonság feltételeinek javítása – felkészülés az új kihívásokra.
- Az egészséget támogató környezet kialakítása, a külső okok miatti halálozás visszaszorítása.
- Az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztése.

NEMZETI KÖRNYEZET-EGÉSZSÉGÜGYI AKCIÓPROGRAM (NEKAP)

A NEKAP keretén belül, illetve jogszabályok alapján az egészségre befolyást gyakorló tényezők javítása érdekében multiszektoriális együttműködésre nyílik lehetőség, akár országosan, akár Budapesten. Az adott ágazati program (program-elem) értékelése kiterjed:

- a káros anyag kibocsátásra,
- a környezet-terhelésre (konkrétan legalább a levegő és vízminőségre gyakorolt és a hulladékhasznosításra, a veszélyes hulladékok kezelésére),
- és a munkahelyi biztonságra vonatkozó értékelésére és javaslatokra.

A Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram (NEKAP) az 1994-ben megtartott 2. Miniszteriális Konferencia (Helsinki, 1994) ajánlása alapján, az Országos Népegészségügyi Bizottság (ONB) Környezet-egészségügyi Szakmai Bizottsága (titkár dr. Pintér Alán) égisze alatt készült. Kidolgozásában elsősorban az egészségügyi és környezetvédelmi tárca munkatársai játszottak vezető szerepet, az egyes témákat különböző tárcák szakembereiből álló munkacsoportok együttműködésével alakították ki. A

Nemzeti Környezetvédelmi Program (NKP) keretében, de önálló programként fogadta el a kormány 1996-ban és a hagyta jóvá a parlament 1997-ben.

17.3.2 FŐVÁROSI EGÉSZSÉGPOLITIKAI PROGRAM

„BUDAPESTIEK EGÉSZSÉGÉÉRT” FŐVÁROSI PREVENCIÓS (NÉPEGÉSZSÉGÜGYI) PROGRAM

A főváros tervezi a „Budapestiek Egészségéért” helyi népegészségügyi, prevenció program megalkotását és megvalósítását 2002-2010 között, amely évi + 250 millió Ft ráfordítással, a források biztosításával lehetséges. A „Budapestiek Egészségéért” Program az országos programhoz hasonló, de a főváros sajátosságainak figyelembevételével kialakítandó célokat tűzhet ki. A főváros az e célra elkülönített forrás birtokában képes arra, hogy a tervezési időszakban pályázati keretrendszert működtessen, ahol olyan prevenció programokat támogat elsődlegesen – kapcsolódva a Nemzeti Népegészségügyi Programhoz –, amelyekre más forrásból nincs lehetőség.

Program a következő kettő nagyobb alprogram keretében hirdetne meg pályázatokat:

1. *Az életminőség javítását szolgáló specifikus programok* (a szív- és érrendszeri betegségek megelőzését és gyógyítását, a daganatos betegségek megelőzését, a mentális betegségekkel kapcsolatos preventív szolgáltatások és ellátások, stb.)
2. *Az egészséget befolyásoló tényezőkre irányuló, nem specifikus cselekvési tervek, kulcsakciók* (oktatási, nevelési, táplálkozási, mozgással kapcsolatos, dohányzás-, drog- és alkohol-fogyasztás megelőzését, illetve visszaszorítását szolgáló programok).

BUDAPEST EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK TÉRSÉGI SZEMLÉLETŰ MEGÚJÍTÁSA

Az egészségügy szerkezetének további átalakítása érdekében létrejött „Fővárosi Egészségfejlesztési Alap” eredményesen támogatja a fővárosi kerületek és az ellátó hálózat szolgáltatási, szervezési, fejlesztési feladatait. Az elmúlt két évben mindösszesen 500 millió Ft került meghirdetésre az Alapra, a főváros területén működő egészségügyi és határterületi szolgáltatások fejlesztésének és optimalizálásának támogatása céljával. Tavaly a pályázatra 74 darab program érkezett be mintegy 410 millió forint igényvel. A beérkezett pályázatok közül 40 db pályázatot 244 millió forint összegben támogatott a Fővárosi Önkormányzat. Az elmúlt két évben a meghirdetett programcsoportokra beérkezett pályázatok szakmai tartalmának vonatkozásában jellemző volt a sokszínűség és a változatosság. A legjellemzőbbek a különböző egészségügyi szűrést célzó,

megelőzési, egészség megőrzési, egészségügyi-informatikai, speciális egészségügyi/szociális ellátást nyújtó, képzési, tanácsadást nyújtó programok voltak.

A fővárosi egészségpolitika támogatásához, az intézményrendszer monitorozásának, az átalakítás, a minőségpolitika módszertani megalapozásához és fejlesztéséhez, a koncepcionális és logisztikai feladatok elvégzéséhez *meg kell teremteni ennek az intézményrendszerét*. Létre kell hozni a *főváros egészségpolitikai háttérintézményét*, amely a főváros egészségével kapcsolatos információk összegyűjtését, feldolgozását és újra elosztását végzi. Ez a szervezet elemzéseivel és periodikus jelentéseivel megalapozhatja a tulajdonos és menedzsment-döntéseket. A javaslat az ellátórendszer szerkezetére vonatkozóan az alábbi lényeges, illetve a regionalitásra irányuló ajánlásokat fogalmazza meg.

- A regionális szemléletű fejlesztéseknek azokra az intézményekre kell koncentrálnia, amelyek egyrészt alkalmasak erre a feladatra, másrészt alkalmassá tételük a leghatékonyabban megvalósítható. A 6–8 *regionális intézmény* kialakítása a Koncepció tervezési időszakában (adott esetben állami és EU támogatással) megvalósítható és megvalósítandó. Minden regionális vezető kórház tartósan önkormányzati költségvetési gazdálkodási keretben tevékenykedjen tovább. (Ilyenek például.: Szent János Kórház, Fővárosi Szent István Kórház és Rendelőintézet, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Uzsoki Utcai Kórház, Péterfy Sándor Kórház- és Rendelőintézet, Bajcsy-Zsilinszky Kórház., Károlyi Sándor Kórház, Szent Imre Kórház.)
- A *nem regionális feladatkörű* intézmények magas szabadságfokot kell, hogy kapjanak a továbbműködtetésre, ahol elsődleges lehetőség a szakkórházzá alakulás, továbbá a más gazdálkodási formában való továbbműködtetés. A 15 éves átmeneti szakasz arra is elegendő teret (és időt!) nyújt, hogy az elkerülhetetlen személyi változások is kisebb konfliktusok vállalása árán legyenek megoldhatóak. (Ilyenek például: Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ, a Szent László Kórház és a Visegrádi Gyógyintézet.) Az átalakítást megelőzően célszerű egy modell-értékű „kis program” megkezdése (ilyen lehet például a Szent Imre Kórház Pszichiátriai részlege).

Az optimális struktúra és intézményi funkció kialakításának elkövetkező évekre javasolt megoldása a regionális kórházak, általános kórházak, szakkórházak és szakrendelők esetében az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Regionális Kórházak

Az ellátórendszer gerincét nyolc regionális (sürgősségi feladat ellátására is alkalmas) kórház alkotja, melyek kb. 300 000 ember aktív fekvőbeteg-ellátási szükségletét biztosítják. Ezen intézmények egy részében teljes körű baleseti ellátás is biztosított a főváros négy régióján alapuló baleseti ellátó rendszerébe beillesztve. A tervezett regionális kórházak és ezek főbb fejlesztési tervei 2002-ben és 2003-tól magukban foglalják a megkezdett kórházi rekonstrukciók befejezését (4,9 mrd Ft), a tervezetten címzett állami támogatásból megvalósuló fejlesztéseket (Regionális Egészségügyi Központ ill. Diagnosztikai és műtéti tömb létesítése – 19 mrd Ft) és a saját forrásból megvalósuló fejlesztéseket (telephely összevonások és rekonstrukciók – 35 mrd Ft).

2. Általános kórházak

Jellemzően egy kerület hagyományos első progresszivitási szintű kórházai, amelyek esetében épületrekonstrukció és a kórteremfejlesztés – összesen 1,4 mrd Ft összegben – szerepel a 2003. év utáni tervekben.

3. Szakkórházak

2003 után tervezett beruházások: kórterem komfortosítás, új épülettömbök megépítése ill. telephely racionalizálás legfeljebb 5,15 mrd Ft összegben.

4. Szakrendelők

Két intézmény, a fővárosi stomatológiai centrumként üzemelő Stomatológiai Intézet és a XV.kerületi járóbeteg-szakellátást végző Észak-Pesti Kórház tartozik ebbe a csoportba. Ezen intézményekben a működőképességük megőrzéséhez szükséges felújításon kívül (kb. évi 50 millió Ft.) egyéb fejlesztési teendő hosszú távon nincs.

5. Intézmények műszerellátásának biztosítása

A gyógyító intézményekben a minimumszinthez szükséges műszerezettség biztosításához, és folyamatos fenntartásához várhatóan évi 1,5 mrd Ft többletforrás biztosítása szükséges.