

## 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat

### az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

Az Országgyűlés, tekintettel arra, hogy hazánk lakosságának egészségi állapota évtizedek óta elmarad az ország társadalmi és gazdasági fejlettségéből adódóan várható szinttől, valamint figyelembe véve, hogy ez hosszú távú fejlődésünkre is kedvezőtlen hatással van, továbbá, hogy a jelenlegi helyzet megváltoztatása a társadalom közös érdeke és sürgető feladata, a következő határozatot hozza:

1. Az Országgyűlés elfogadja a jelen határozat *mellékletét* képező „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” című stratégiai programot (a továbbiakban: Program).

2. Az Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy

a) tevékenységében érvényesítse a Programban elfogadott elveket és cselekvési célkitűzéseket;

*Felelős:* érintett miniszterek

*Határidő:* folyamatos

b) gondoskodjék a megállapított célok és prioritások megvalósítási feltételeinek megteremtéséről, valamint a szükséges eszközökről, azok koordinált felhasználásáról;

*Felelős:* érintett miniszterek

*Határidő:* folyamatos

c) évente - első alkalommal az Országgyűlés 2004. évi tavaszi ülészakán - tájékoztassa az Országgyűlést a Program előrehaladásáról, valamint ciklusonként - első alkalommal az Országgyűlés 2005. évi tavaszi ülészakán - a lakosság aktuális egészségi állapotáról.

*Felelős:* egészségügyi, szociális és családügyi miniszter

*Határidő:* folyamatos

3. Jelen határozat a közzétételének napján lép hatályba.

*Melléklet a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozathoz*

## ***AZ EGÉSZSÉG ÉVTIZEDÉNEK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJA***

### ***AZ EGÉSZSÉG ÉVTIZEDÉNEK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJA***

A Kormány az elmúlt évtizedek kedvezőtlen népegészségügyi folyamataira tekintettel kiemelt jelentőséget tulajdonít a népegészségügyi helyzet gyökeres javításának, és megalapozottnak tartja azt a lakossági elvárást, hogy a magyar népesség születéskor várható élettartama közelítsen az Európai Unió országainak átlagához. A Kormány tudatában van annak, hogy az emberek egészségi állapotában érzékelhető javulás és az ellátórendszerben érdemi változás csak hosszabb, több parlamenti cikluson átívelő időszak alatt érhető el. Az Országgyűlés felkérte a Kormányt, hogy - az „Egészséges Nemzetért” népegészségügyi program korszerűsítésével és kiterjesztésével - a lakosság egészségügyi állapotának javítása érdekében terjessze az Országgyűlés elé az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programját”.

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-as Közgyűlése nemzetközi nyilatkozatot fogadott el az egészségről. Eszerint az elérhető legjobb egészségi állapot egyike az alapvető emberi jogoknak. A lakosság egészségi állapotának és jólétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés végső célja, ugyanakkor elismert tény, hogy a lakosság jó egészségi állapota a társadalmi-gazdasági fejlődés egyik előfeltétele. Ebben a folyamatban kiemelkedő szerepe van a lakosság egészségi állapotában mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésének. Az egészségi állapot javítása nem képzelhető el megalapozott nemzetközi, nemzeti és regionális politikai stratégiák nélkül.

Az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” célja, hogy minden magyar állampolgár a lehető legegészségesebben éljen. Ennek eredményeként tíz év távlatában legyen három évvel hosszabb a születéskor várható élettartam Magyarországon mindkét nem esetében.

Ennek két fő útja van:

- az egyes állampolgárok egészségének védelme és fejlesztése egész életük során;
- a főbb betegségek, sérülések, halálokok gyakoriságának csökkentése, az ezekkel járó szenvedés mérséklése.

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 magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen, és jelentősen elmarad attól, amit társadalmi-gazdasági fejlettségünk általános szintje lehetővé tenne. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében hazánk vezető helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. Jelenleg a születéskor várható élettartam a férfiaknál 68, a nőknél 76 év, ami messze elmarad az Európai Unió tagállamaitól. Különösen tragikus a középkorú férfiak kimagasló halálozása.

Ez a helyzet elfogadhatatlan, és hatékony cselekvést igényel. A magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapota számos történelmi, társadalmi, gazdasági, kulturális ok bonyolult eredője, de közvetlenül és meghatározó módon a lakosság életmódjával függ össze.

A hazai táplálkozási szokások egészségtelenek: túlzott az energia-, zsír- és só-bevitel, elégtelen a rost-, zöldség-, főzelék- és gyümölcsfogyasztás. A magyar felnőtt lakosság jelentős része túlsúlyos, illetve elhízott. A felnőtt lakosság napi átlagban alig tölt többet tíz percnél szabadidős testmozgással és tíz felnőttből hat, sem hét közben, sem hétvégén nem mozog. A felnőtt férfiak 41, a nők 26%-a dohányzik több-kevesebb rendszerességgel, főként a fiatal nők között a dohányzók aránya gyorsan emelkedik. Csupán a dohányzással összefüggően évente 28 000 ember hal meg az országban. Magas az alkoholisták száma és terjed a kábítószer-fogyasztás. A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet problémáival való megbirkózás képessége, széleskörűen elterjedtek a lelki egészség zavarai. A tényeket, gondokat még hosszasan lehetne sorolni, a Program ezeket részletesen számba veszi, elemzi és meghatározza a fő cselekvési irányokat a kedvezőtlen folyamatok befolyásolására.

Az életmód egészség szempontjából kedvező irányú befolyásolása nehéz és rendkívül összetett feladat, a kormányzat, a közintézmények, a civil szféra, a gazdasági és társadalmi élet szereplőinek, a médiának átgondolt, összehangolt cselekvései folyamatában valósítható meg. Ehhez ad alapot egy tízéves, szakmailag megalapozott, társadalmi és politikai egyetértésre támaszkodó stratégia.

A Program átfogó és jövőbemutató szakmapolitikai keretet ad a prioritások kiválasztásához és megvalósításához, az erőforrások és közösségek mozgósításához az egészség érdekében. Az egészség megtartása és fejlesztése kormányzati szemszögből nem szemlélhető pusztán ráfordításként, kiadásként, vagy éppen kizárólag etikai megfontolásoktól vezérelt cselekvésként. A Program megvalósítása produktív beruházás, az ország társadalmi-gazdasági fejlődésének egyik előfeltétele. Az Egészségügyi Világszervezet 2001-ben készített elemzése a makrogazdaság és egészség összefüggéseiről tudományosan kimutatja, hogy az egészség érdekében eszközölt hatékony beruházásoknak gyorsító, tovagyrúzó hatása van a gazdasági növekedésre és a társadalmi fejlődésre. A XXI. század kihívása a kormányok számára, hogy mennyiben képesek egyidejűleg és összefüggéseiben fejleszteni a természeti, gazdasági, társadalmi és emberi erőforrásokat. A lakosság egészsége mindezek metszéspontja.

Az egészség fejlesztése csakis hatékony ágazatközi együttműködésben valósítható meg. Ennek főbb vonásai a következők:

- Az együttműködés az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak kedvező befolyásolását célozza.
- Az ágazatközi együttműködés országos, regionális és helyi szinten egyaránt elengedhetetlen. Hazánk uniós csatlakozásával meghatározóvá válik a nemzetközi koordináció jelentősége.
- Az ágazatközi együttműködés ki kell terjedjen az egyes tárcákra, önkormányzatokra, közintézményekre, a magánszektorra, a civil szférára és a médiára.

- Folyamatosan figyelemmel kell kísérni az egyes politikai döntések, a társadalmi-gazdasági változások hatását a lakosság egészségi állapotára, különös tekintettel az egyes lakossági csoportok eltérő, egyenlőtlen helyzetére.

A hatékony ágazatközi együttműködés több szinten valósul meg a korszerű népegészségügyben. A nemzetközi és hazai tapasztalatok szerint a helyi szintű ágazatközi együttműködés hatékony eszköz az egészséget meghatározó tényezők befolyásolására. Az önkormányzati, helyi kezdeményezések támogatása egyben a hatékony ágazatközi együttműködés alapja lehet. Nemzeti szinten az ágazatközi együttműködés megvalósulásához szükséges szervezeti struktúrák és működési modellek kialakítása az elsődleges feladat.

Az egészségi állapot javulása gyakran olyan folyamatokkal függ össze, amelyek nem közvetlenül az egészséget célozzák. Ilyen például a gazdasági növekedés, az életviszonyok javulása, a munkanélküliség csökkenése, amelyek együttesen hozzájárulhattak az utóbbi évek hazai halálozási mutatóinak lassú javulásához.

A jó egészség elsősorban nem az egészségügyi szolgálaton vagy az orvoson múlik. Egészségi állapotunkat elsődlegesen mindennapi döntéseink, közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely határozzák meg. Az egészségügyi ellátórendszer fő feladata a gyógyítás. Ugyanakkor az egészségügyi tárca, az ágazat vezető szerepet kell játsszon a program kialakításában és végrehajtásában, az alapellátás szerepe megkérdőjelezhetetlen a mindenki számára hozzáférhető megelőzési, egészségfejlesztési szolgáltatások biztosításában. A Program az egészségügy reformjának alappillére és szerves része.

A Program messze nyúló, Pápai Páriz Ferenc, Fodor József és Johan Béla nevével fémjelezhető történelmi tradíciókra és mintegy másfél évtizedes közvetlen hazai előzményekre támaszkodhat. A korábbi stratégiák, a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági körülmények és gyors változások közepette megfelelő erőforrások híján, nem eredményezhettek megfelelő javulást a magyar lakosság egészségi állapotában.

Van azonban mire építeni. Rendelkezünk sokszínű szakmai tapasztalatokkal, működő programokkal, népegészségügyi intézményhálózattal, aktív civil szervezetekkel, önkormányzati kezdeményezésekkel, számos kiváló szakemberrel. Minden okunk megvan feltételezni, hogy a XXI. század kezdetén megvalósul az Egészség Évtizede, a hosszú távú Nemzeti Program a siker esélyével indulhat. Ezúttal széles körű szakmai-politikai konszenzusra építhetünk, ami alapfeltétele a több kormányzati cikluson átnyúló folyamatos tevékenységnek.

A Program meríthet a nemzetközi tapasztalatokból, az együttműködés erőforrásaiból. Az Egészségügyi Világszervezet 1986-os Ottawai Kartája kifejti a korszerű egészségfejlesztés főbb elveit és kulesterületeit. Ezek:

- az egészséget támogató társadalompolitika fejlesztése;
- az egészséget segítő környezeti feltételek kialakítása;
- közösségi cselekvés;
- az egészséges élet egyéni készségeinek erősítése;
- az egészségügyi ellátás megelőzési szerepének hangsúlyozása.

Az Egészségügyi Világszervezet számos idevonatkozó dokumentuma, az „Egészség 21” Regionális Stratégia szakmai háttérrel nyújt a hazai Program kidolgozásához. A Program illeszkedik az EU népegészségügyi prioritásaihoz, és hazánk uniós csatlakozása további lendületet ad a sikeres végrehajtásnak.

A Program prioritásai megválasztásánál elsősorban a lakosság egészségi állapotának legsúlyosabb gondjaiból indult ki. Kiemelt szempont a társadalmilag hátrányos helyzetű csoportok esélyeinek javítása. Tekintettel voltak a Program kidolgozói a hazai és nemzetközi tapasztalatokra, a kivitelezés lehetőségeire, illetve a költséghatékonyságra.

Ezt eléréndő, négy területen kíván a Program előrehaladni. Elsősorban politikai síkon, különleges figyelmet szentelve

- az ifjúság kérdéseinek;
- az öregkor problémáinak;
- az esélyegyenlőség megteremtésének, és
- az élet színterein az egészséget támogató környezet kialakításának.

Fontos célkitűzés az elsődleges megelőzés érvényesítése a társadalomban. Kiemelt figyelmet kap:

- a dohányzás visszaszorítása;
- az alkohol- és drogprevenció;
- az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése és az étel-miszer-biztonság fejlesztése;
- az aktív testmozgás elterjesztése;
- a közegészségügyi és járványügyi biztonság fokozása, valamint
- az egészséges fizikai környezet kialakítása.

Lépéseket kell tenni az idő előtti és elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoságok megelőzése területén is. Prioritásként kezeljük:

- a koszorúér- és agyérbetegségek okozta halálozások visszaszorítását;
- a daganatos halálozás növekedési trendjének megállítását, visszafordítását;
- a lelki egészségvédelem megerősítését;
- a mozgásszervi betegségek és az abból eredő szövődmények csökkentését, valamint
- az AIDS és más szexuális úton terjedő betegségek megelőzését.

A Program prioritásaival összhangban szükséges fejleszteni az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszert is:

- folytatni kell az emlőszűrést és be kell vezetni a népegészségügyi szempontból kiemelt többi szűrővizsgálatot is;

- az ellátórendszer fejlesztése úgy történjen, hogy minél nagyobb egészségnyereséget lehessen társadalmilag elérni. Így különleges prioritást kap az alapellátás fejlesztése, az ott végzett megelőzési munka elmélyítése, feltételeinek javítása;

- koncentrált erőforrás-fejlesztést kell végrehajtani a népegészségügy sokszínű világában, hogy a szakemberek képzettsége és anyagi, szervezeti erőforrások tekintetében meg tudjunk felelni a kihívásoknak;

- ki kell építeni egy olyan monitor rendszert, mely lehetőséget teremt a Program folyamatos nyomon követésére, a szükséges korrekciók megtételére.

A Program sikeres végrehajtása különböző szinteken és területeken járul hozzá az ország és a nemzet emelkedéséhez.

### *Társadalmi hatások*

A Program várható társadalmi hatásai egy évtizedes távlatban, a következőkben foglalhatók össze:

- a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál legalább 71, a nőknél legalább 79 esztendőre meghosszabbodik;

- megnő az egészségesen leélt életévek száma, javul a lakosság életének minősége;
- csökkennek a lakosság egészségi állapotában megnyilvánuló egyenlőtlenségek;
- esély teremődik a hátrányos helyzetű társadalmi rétegek egészségügyi és szociális felzárkóztatására;
- az egészséges életmód társadalmi szintű mintává válik, eszerint változik a lakosság értékrendszere és mindennapi életvezetése;
- minden szinten kialakul, és rendszeressé válik az ágazatközi együttműködés az egészség érdekében;
- megerősödnek a közösségi akciók, a civil szféra szerepe az egészség fejlesztésében.

### *Szakmai hatások*

Az egészségügy szemszögéből a szakmai hatások évtizedes távon a következőkben foglalhatók össze:

- csökken a megelőzhető és az idő előtti halálozás, a krónikus nem fertőző megbetegedések korai előfordulása;
- csökken, illetve az időskorú ellátás irányába átalakul a Program által megcélzott betegcsoportokban a gyógyítási-ellátási igény;
- csökkennek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi, társadalmi egyenlőtlenségei;
- fejlődnek és gazdagodnak az egészségügy megelőző célú szolgáltatásai;
- javul az egészségügyi ellátás minősége és költséghatékonysága;
- a korszerű igényeknek megfelelően átalakul a népegészségügyi intézményrendszer és illeszkedik az EU normákhoz;
- fejlődik a népegészségüggyel kapcsolatos kutatás és képzés.

### *Gazdasági hatások*

A Program hosszú távú gazdasági hatásai a következők:

- a Program beruházás az emberi erőforrások fejlesztésébe, tovagyrűző kedvező hatást gyakorol a gazdaság fenntartható növekedésére;
- javul a munkaerő minősége, hatékonysága és versenyképessége;
- az ágazatközi együttműködés révén új erőforrásokat, tartalékokat mozgósít;
- bővíti az egészségre előnyös termékek és szolgáltatások piacát;
- lényegesen hozzájárul a lakosság életszínvonalának javulásához.

A Program sikeres végrehajtása meghatározó eleme az lakosság növekvő jólétének, a hosszú távú esélyteremtésnek, az ország fenntartható gazdasági növekedésének. Emberközpontú összefogással el kell érjünk, hogy az egészség alapérték legyen az élet minden területén. Minden egyes tett, legyen az politikai, kormányzati, társadalmi, gazdasági vagy akár médiajelenség, kerüljön megmértetésre, mennyiben szolgálja az egyes ember és a magyar társadalom egészségének ügyét. Az állampolgár érezze, hogy a társadalom és a Kormány minden segítséget megad neki egészsége megőrzéséhez, és ő maga pedig felelősségteljesen éljen is a lehetőségekkel.

## **EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ TÁRSADALMI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA**

A magyar népesség egészségi állapotában kedvezőtlen változások voltak megfigyelhetők az elmúlt három évtizedben, amelyek a társadalmi-gazdasági feltételek változásával voltak kapcsolatban. A hatékony népegészségügyi stratégia kialakítása szempontjából három megválaszolendő kérdés merül fel:

- Mi határozza meg egy adott népesség egészségi állapotát?

- Melyek azok az egészségügyi ráfordítások, amelyek a lakosság egészségi állapotában a leggyorsabb és legjobban érzékelhető javulást eredményezik?

- Melyek azok a stratégiák, amelyek az emberi jogokkal összhangban hatékonyan segítik az egyének egészségi állapotában tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését?

Az egészséget a mindennapi élet alakítja. Az egészségtudatos magatartás kialakulásának intézményes kereteit a család lakóhelye, a helyi közösség, a munkahely, az iskola és az egyéb társadalmi intézmények alkotják.

Az elmúlt évtizedek nemzetközi tapasztalatai azt mutatják, hogy a mindennapi élet meglévő intézményeire építő egészségmegőrzési stratégia hatékony és sikeres lehet.

Az ilyen megközelítés

- olyan intézményekre összpontosít, amelyek meghatározóak a lakosság egészségi állapotának alakításában (mint a helyi közösség, munkahely, iskola);

- világosan kijelöli a tevékenység kereteit, határait;

- megkönnyíti az együttműködő partnerek kiválasztását, koordinálását;

- pozitív irányultságú (szemben a kockázatcsökkentéssel), hiszen minden intézményben van lehetőség egészségesebb, jobb működésre;

- lehetőséget nyújt a folyamatok és hatások egészség szempontú nyomon követésére, értékelésére;

- biztosítja a Program kedvező társadalmi, gazdasági hatását;

- természeténél fogva ágazatközi együttműködést ösztönöz;

- mozgósítja a közösségi, intézményes erőforrásokat.

Az egészséges élet színtereinek programjait jól kiegészíti az életciklusok szerinti gondolkodás.

Különös jelentősége van az egészséges életkezdetnek, a gyermekek és az ifjúság, egészségfejlesztésének. Az egészséges életre való felkészítés beruházás a jövőbe, és hosszú távon egy a mainál sokkal egészségesebb Magyarország ígérete. A gyermekek, az ifjúság körében a legjobbak a kedvező változás esélyei, ez hatással lehet a család egészére.

Célunk, hogy minden felnövekvő generáció számára már a fogantatástól kezdve biztosított legyen az egészséges fejlődés lehetősége, továbbá, hogy az oktatási intézmények az egészségfejlesztés alapvető színtereivé váljanak.

Javítjuk a családtervezési szolgáltatások színvonalát a meglévő intézményrendszer hatékonyságának növelésével. Kiemelten jelentős a minden család számára elérhető és hozzáférhető védőnői szolgálat fejlesztése, a kórházi újszülött ellátás és a gyermek házi orvosi szolgálat megelőzési szemléletének erősítése és támogatása. Nemzeti szintű feladat az ország lakosságának jelentős részét érintő jóváhiány kezelési stratégiájának kidolgozása és a hatékony megoldás megvalósítása. A megfelelő szájhygiéné biztosítása együttes, egyszerre alkalmazott módszerek használatát igényli: a cukortartalmú ételek fogyasztásának csökkentése, fluortartalmú szájápolási készítmények használata különösen gyermekkorban, a szájápolás kultúrájának és szokásainak elterjesztése és fejlesztése, a dohányzás és alkoholfogyasztás visszaszorítása, valamint a megelőző fogorvosi ellátás hozzáférhetőségének javítása.

A Program során ki fogjuk dolgozni azon tárgyi és működési, minőségi feltételeket, amelyek által az oktatási intézmények egészséget támogatóvá válhatnak, és segítséget nyújtunk az intézmények tulajdonosainak az egészséget támogató iskolák kialakításában. A felsőfokú képzés része kell legyen a korszerű egészségfejlesztési alapelvek és gyakorlatok oktatása a pedagógusképzésben.

A gyermekek és fiatalok egészséggel kapcsolatos magatartása gyorsan változik, ezek a korosztályok fogékonyabbak a külső behatásokra. A gyermek és fiatalkori egészségmagatartás-vizsgálatok a hatékony politika- és programtervezés elengedhetetlen feltételei.

A fiatalok szabadidő-eltöltési szokásainak egészségesebbé tétele számos intézményben és élethelyszínen történő együttes fellépést igényel. A helyi koordináció e területen a hatékony beavatkozás kulcsa, ezek támogatása a Program feladata.

Az idős állampolgárok számbeli és társadalmi súlya egyre nő, számukra is biztosítani kell az esélyt az aktív életre, az önmegvalósításra. Ez az egyének és a társadalom érdeke, az egészség- és a szociálpolitika összehangolása, a megfelelő szolgáltatások biztosítása, a közösségi erőforrások mozgósítása jelentős előrelépést biztosít e területen. Az idősek sajátos problémáinak oktatása az egészségügyi és szociális irányú képzés részévé kell váljon. Társadalmi szemléletváltás a feltétele annak, hogy az időskort mint tevékeny és hasznos életszakaszt lássa az emberek többsége, ehhez szükséges a helyi és országos média elkötelezettsége és tájékoztató munkája. Az idősek életminőségének javításához kiemelten fontos az egészségügyi és szociális intézményrendszer egyes elemeinek fejlesztése, az alapellátás és szociális intézmények idősbaráttá tétele.

A szegénység, hátrányos helyzet a rossz egészség fő társadalmi meghatározója, a krónikus betegség, fogyatékoság viszont társadalmi hátrányok szervező magja. A Program alapértéke az e területen megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentése, az esélyteremtés. Ennek két útja van:

- a magyar lakosság kockázati tényezőiben, egészségi állapotában meglévő egyenlőtlenségek mérséklése;
- a hátrányos helyzetű csoportok életkilátásainak, egészségi állapotának, életmódjának célzott javítása.

Az alapvető kihívások a következők:

- a társadalmi, gazdasági hátrányok meghatározó negatív hatása az életmód egészséggel összefüggő elemeire;
- az egészségügyi, így preventív ellátásból, szolgáltatásokból való kirekesztettség, rossz hozzáférés;
- a gondokkal való megbirkózás nehézségei;
- a társadalmi támasz hiánya, izoláció;
- a lakosság egészségre vonatkozó hiteles információinak hiánya.

Ebből adódóan a fő cselekvési lehetőségek a következők:

- ágazatközi koordináció, elsősorban a szociál-, oktatás- és foglalkoztatási politikával kormányzati és önkormányzati szinten;
- a hátrányos helyzetűek önszerveződésének elősegítése, a területen dolgozó civil szervezetekre támaszkodás, együttműködés;
- szakemberképzés, kutatás;
- a nemzetközi tapasztalatok kritikus tanulmányozása, modellkísérletek;
- egyéni megküzdési stratégiák kialakítását segítő szolgáltatások fejlesztése;
- az alapellátás hozzáférhetőségének javítása;
- a társadalmi támaszrendszer erősítése;
- a lakosság informálása az egészséget befolyásoló tényezőkről.

Az elsődleges célcsoport a hazai roma lakosság, de a Program kiterjed a szegényekre, munkanélküliekre és az egyéb hátrányos helyzetű csoportokra is.

A színtérprogramok az élet mindazon közösségi színtereinek egészségesebbé tételét szolgálják, amelyekben az emberek életük nagy részét töltik. A Program támaszkodik az e területen meglévő és sikeresen működő kezdeményezésekre.

A helyi egészségtervek elkészítése, az egészségnek mint kiemelt szempontnak megjelenítése a településfejlesztési tervekben a legalkalmasabb eszköz arra, hogy az önkormányzatok a rendelkezésükre álló forrásokat az egészség érdekében is mozgósítsák.

Lehetővé kell tenni, hogy a munkahelyek a kötelező munka-egészségügyi intézkedések megvalósításán túl is az ott dolgozók egészségfejlesztését szolgálják. Kiemelt partnerek ebben a kormányzati és önkormányzati munkáltatók, a munkahelyi egészségpénztárak.

Az egészségügyi intézmények a gyógyítás mellett az egészség mint érték terjesztésében, az egészséges választáshoz szükséges ismeretek átadásában is fontos küldetést töltenek be, különösen az alap- és járóbeteg-szakellátás. A kórházak az egészséget támogató munkaszervezéssel, az egészséges életmóddal kapcsolatos példamutatással a betegek és családtagjaik egészségmagatartását is képesek befolyásolni.

## AZ EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD PROGRAMJAI, AZ EMBERI EGÉSZSÉG KOCKÁZATI TÉNYEZŐINEK CSÖKKENTÉSE

A Program alapcéljának eléréséhez a magyar lakosság életmódjának kedvező irányú változásán keresztül vezet az út. Az életmód közvetlenül az egyéni magatartásban nyilvánul meg, amelyet értékek, normák, szükségletek, a közvetlen emberi-társadalmi környezet, így család, a helyi társadalom és a makrogazdasági, társadalmi feltételek befolyásolnak. Az életmód egyes elemei mély történelmi hagyományokra épülnek, mint például táplálkozási szokásaink egy része. Ezért az életmód egészség szempontjából történő befolyásolása sokrétű, bonyolult feladat, nem képzelhető el pusztán felvilágosítással, ismeretek terjesztésével.

A magyar lakosság életmódja napjainkban gyorsan változik. Ez alapvetően a gazdaság fejlődésével, a társadalmi viszonyok átalakulásával függ össze, de hat rá a globalizáció is. A globalizáció - egyébként ellentmondásos, de megkerülhetetlen - folyamata hozzájárulhat az egészségesebb életmód (így táplálkozás, szabadidősport) mintáinak terjedéséhez.

Az életmódprogramok kulcskérdése a mindennapi életben az egészséges választás problémája. Ennek két oldala van: Az egészséges választás lehetősége, illetve készsége, a kínálati és keresleti oldal. A kereslet és a kínálat egyidejű, az egészséges életmód érdekében való alakítása átfogó politikai stratégiákat feltételez. Nem elég csupán kerékpárutat építeni, vagy jobb zöldségválasztékot kínálni télen, ugyanakkor önmagukban a jobb ismeretek sem

vezetnek feltétlenül cselekvéshez, amint ezt a dohányzás, sőt a dohányzó orvosok példája jól illusztrálja. A Program feladata, hogy az egészséges választás a mindennapi élet alternatívái közül egyben a könnyebb választás is legyen. A magyar lakosság életmódjáról a tények szakmai körökben meglehetősen jól ismertek, a lakosság viszont nem rendelkezik kellő mennyiségű és megbízható információval az egészségre kockázatos magatartások valós természetéről. A kép nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen, s az időbeli tendenciák sem mutatnak jelentős kedvező változást (talán egyes táplálkozási szokások kivételével). Az alapos helyzetismeret jó esélyt ad az életmódprogramok megfelelő monitorozására és értékelésére.

Az egészséges életmód hordozója a fejlett ipari társadalmakban a középosztály. Általában a szegény, hátrányos helyzetű rétegek (így hazánkban különösen a roma népesség) körében a legkedvezőtlenebb az egészségmagatartás, gyakoribbak a káros szenvedélyek, hiányzik a gondokkal való megbirkózás készsége.

Ez egyben azt is jelenti, hogy a jobb anyagi helyzetű, képzettebb rétegek nyitottabbak az egészséges életmód üzeneteire. Könnyebben lépnek az egészségesebb irányba. Fennáll tehát a lehetősége, hogy egy egyébként hatékony akcióprogram a meglévő társadalmi egyenlőtlenségeket tovább növeli. Ezért különösen fontosak azok a differenciált, célzott programelemek, amelyek megteremtik a hátrányos helyzetű rétegek egészségesebb életmódjának alapfeltételeit.

Az egészséges életmód programjai gazdag hazai tapasztalatokra építhetnek. A gazdasági-társadalmi feltételek ma hosszú távon jobb esélyt kínálnak a sikerre, mint korábban. Az életmód változása lassú, ellentmondásos folyamat, kitarásra, stratégiai gondolkodásra, a közösségi erőforrások mobilizálására, a kampányszerűség mérséklésére van szükség. Az egészséges életmód programjának sikere szorosan összefügg az egészséget támogató társadalmi környezet kialakításával és az elkerülhető halálozás, a betegségek megelőzésével. A Program e tevékenységeket összehangolja. Egy évtizednyi távon reális az esély az életmód egészségesebb irányba történő társadalmi szintű változtatására a táplálkozás, az aktív testmozgás tekintetében, a káros szenvedélyek mérséklésére (illetve a drog tekintetében a növekvés korlátozására), a környezet-egészségügyi helyzet javítására, mindezt oly módon, hogy különös figyelmet fordítunk a hátrányos helyzetű rétegek felzárkóztatására.

Egyik első számú beavatkozási terület a dohányzás visszaszorítása. Kiemelten fontos a fiatalok rászakásának megelőzése, de nem feledkezhetünk meg már szenvedélybeteggé vált honfitársainkról sem.

A dohányzás kérdése számos, egymásnak részben vagy teljesen ellentmondó érdek gyújtópontjában helyezkedik el. Számunkra és minden, az egészség érdekét csak kicsit is szem előtt tartó szakember számára egyértelmű, hogy ezen érdekek között priorizálni kell, és az is világos, hogy minden felelősen gondolkodó ember számára a lakosság életkilátásainak, életminőségének, a felnövekvő generációk egészségének ügye magasabb rendű, mint partikuláris gazdasági csoportok anyagi érdekei. E területen a hatékony, de körültekintő beavatkozás csak működő és a fenti alapelveket elfogadó interszektoriális mechanizmusok működtetésén keresztül valósulhat meg, melynek kezdeményezője a jövőben az egészségügyi tárca kíván lenni. Az adópolitika, a forgalmazás és termékjelölés szabályozása, a csempészet felderítése ugyanúgy a dohányzásellenes küzdelem eszközei, mint a hagyományos értelemben vett felvilágosítás.

Stratégiai partnerek ebben a küzdelemben a civil szervezetek, melyek mozgékonyasága és rugalmassága a nemzetközi ajánlások szerint is felbecsülhetetlen érték, továbbá a felelősen gondolkodó egészségügyi dolgozók, pedagógusok. Az egészségügyi ellátás kiemelt feladata a leszoktatás intézményrendszerének működtetése.

Szükség van a lakosság részletes és rendszeres tájékoztatására a dohányzás személyes és közösségi szintű következményeiről, a dohányipar fiatalok körében végzett tevékenységéről és érdekérvényesítő technikáiról, támaszkodva vezető nemzetközi intézmények és szakmai szervezetek (EVSZ, Világbank) ajánlásaira és módszereire. A kutatási kapacitás fejlesztése, a naprakész adatok rendelkezésre állása a hatékony erőfeszítések hosszú távú garanciája.

Az alkoholfogyasztási szokások alakulása évszázados múlttal, mély kulturális beágyazottsággal rendelkező terület. Társadalmi hatása sokrétű, a bűncselekmények, családon belüli erőszak, baleseti halálozás hátterében gyakran kimutatható az alkohollal való visszaélés.

A hatékony megelőzés több szintéren, egyszerre történik. Az iskolai, ifjúsági programok az információátadáson túl magatartási modelleket adnak és válaszadási képességet fejlesztenek. Mindezt egyszerre kell végezzük a társadalom széles körű tájékoztatásával, az alkohol túlzott fogyasztásából eredő egyéni és családi, közösségi kockázatok bemutatásával. A szűkebb és tágabb környezet, a munkahelyek, kisközösségek érzékenyítése és szemléletének megváltoztatása kritikus sikertényező.

Ezzel egy időben segítségére sietünk azoknak, akik szenvedélybeteggé váltak, önerőből képtelenek szakítani az alkohollal. A korai problémaészlelés az alapellátáshoz és a munkahelyekhez köthető, itt jelennek meg az alkohol személyiség- és egészségkárosító következményei először. A problémás ivók és családon belüli áldozataik felismerése a hatékony intervenció alapja, melynek a korszerű addiktológiai ellátás fejlesztése a következő lépcsője.

Mindehhez szükséges azoknak az elkötelezett szakmai és civil szervezeteknek a támogatása, amelyek mélységeiben is ismerik az alkoholbetegség hazai következményeit, birtokában vannak a közösségi beavatkozás eszköztárának. A helyi alkoholkoordináció, alkohollelenez küzdelem struktúráinak megteremtése, az érintett felek bevonása a helyi együttműködésbe (önkormányzat, szociális és egészségügyi ellátók és intézmények, civil szervezetek), valamint a szakértői bázis bővítése a fenntarthatóság feltétele.

A kábítószer-ellenes küzdelem része a Nemzeti Drogstratégiának. A Programban elsősorban az iskolai és ifjúsági megelőzési programok, a droggal kapcsolatos tanácsadás, alacsonyküszöbű szolgáltatások terjesztése szerepelnek, valamint az alapellátási szakemberek kábítószer-problémával kapcsolatos ismereteinek bővítése.

A hatékony táplálkozáspolitika alapelemei az étel- és italbiztonság, az étel- és italellátás biztosítása és a fogyasztói információ és szemléletváltozás támogatása. A lakosság táplálkozási szokásait az iskolai oktatás és étkeztetés fejlesztésével, továbbá a közétkeztetés fejlesztésével és egészségesebbé tételével lehet befolyásolni. Hatékony eszköz, és élni is fogunk vele, a közvetlen fogyasztói információ biztosítása termék címkézéssel és a termékinformációs rendszerek fejlesztésével.

A tárcaközi együttműködés e területen nélkülözhetetlen, a lakossági igények változását a termék kínálat változása nemcsak kiegyenlíti, de számos esetben gerjeszti is. A nemzeti szintű táplálkozáspolitika kereteinek és eszközeinek meghatározása, az étel- és italbiztonság követelményeinek az Európai Unió előírásainak megfelelő fejlesztése, az összehangolt tárcaközi munka sikere a fogyasztóknak és a mezőgazdasági termelőknek is érdeke.

Az aktív testmozgás elterjesztése, a mozgásgazdag életmód kialakítása számos, civilizációs nevezett betegség (pl. szív- és érrendszeri és egyes daganatos megbetegedések, az elhízás, a cukorbetegség leggyakoribb formája stb.) leghatékonyabb lakossági szintű megelőzési lehetősége.

Az oktatási intézmények szerepe az életre szóló magatartási minták, a megfelelő edzettségi állapot kialakítása, az esély megteremtése a felnőttkorba történő egészséges belépésre. A szakemberképzés fejlesztésekor az egészséges testmozgás feltételeinek megteremtése és a segítségre, támogatásra szoruló, speciális testnevelési programot igénylő gyermekek igényeinek érvényesítése egyaránt cél. Anyagilag támogatjuk a mindennapi egészségfejlesztő testmozgás megvalósítását pályázati rendszeren, hosszabb távon normatív rendszeren keresztül.

A munkahelyi testmozgásprogramok a fizikai állapot javítása mellett a munkahelyi pszichés terheléssel való megküzdésben is segítséget nyújtanak.

A sportlétesítmények építésére és felújítására szánt összegek felhasználásában a lakossági érdekeknek, az egészség tágabb értelemben vett szempontjainak is meg kell jelennie. A lakosság egészségi állapotának javulása csak a testmozgás iránti igény növekedésével és a sportlétesítményekhez történő hozzáférés javulásával érhető el.

Napjaink kihívásaira adott szükséges válasz az ÁNTSZ felkészítése az előre nem látható veszélyhelyzetekre (beleértve a katasztrófa-, havaria-helyzeteket és terrorgyanús cselekvéseket), a gyors reagálóképesség feltételrendszerének megteremtése, a közegészségügy biztonságát támogató információs rendszer kifejlesztése és működtetése.

A legfontosabb eszköz az ÁNTSZ intézményfejlesztése és a feladatok hatékony ellátásához szükséges átalakítása. A módszertani fejlesztés, a szakemberképzés, a változó feladatokra történő felkészítés az intézményfejlesztési projektek része. Fontosabb irányok a kémiai biztonsági nemzeti profil korszerűsítése, átfogó járványügyi biztonsági program kidolgozása, a munka-egészségügyi országprofil kidolgozása.

Mindezek mellett a lakossági tájékoztató rendszerek működtetése, megbízható és hiteles információk nyújtása a megújuló közegészségügyi funkciók része.

A környezet egészségesebbé tétele hosszabb ideje része a kormányzati erőfeszítéseknek. A Nemzeti Környezetvédelmi Program részeként a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram ennek a feladatnak a megvalósításáért folyik. A korábbi források kibővítésével, az uniós csatlakozás forrásainak bevonásával az egészséges környezet megteremtése reális céllá válik. Fő cselekvési irányaink egybeesnek a nemzetközi ajánlásokkal, a fenntartható fejlődés feltételeinek biztosításával.

Szükséges a környezetben előforduló egészségkárosító hatások feltérképezése és az egészségkárosító mechanizmusok minél részletesebb megismerése. A lakókörnyezet talajszennyezettségi viszonyainak vizsgálata, a dioxin-térkép elkészítése, az elektromos energiaszállító és kommunikációs berendezésekből származó környezetterhelés és egészségi hatások felmérése a tágabb, az azbesztp probléma felmérése a szűkebb, épített lakókörnyezet kockázati tényezőinek megismerését szolgálja. A levegőtisztaság javítása a pollenterhelés monitorozását, az épületek belső tereinek szisztematikus vizsgálatát indokolja.

Mindenek az adatgyűjtő és kutatómunkának a helyi és nemzeti akcióprogramok, intézkedési tervek megalkotásához és végrehajtásához kell vezetnie. A helyi környezet-egészségügyi intézkedési tervek kidolgozását, az önkormányzatokra e tekintetben háruló feladatok végrehajtását pályázati rendszerben támogatja a Program. A végrehajtás a meghatározott prioritásoknak megfelelően tárcaközi együttműködésben, az önkormányzatok aktív részvételével valósítható meg.

Kiemelt cél annak biztosítása, hogy a lakosság széles köre számára biztosított legyen a környezetével, annak egészségre gyakorolt hatásaival kapcsolatos információhoz való hozzájutás.

## AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁSOK, MEGBETEGEDÉSEK, FOGYATÉKOSSÁG MEGELŐZÉSE

Az elkerülhető halálozások, megbetegedések megelőzése az egész egészségügyi ellátórendszer feladata, minden egyes kezelés része. Népegészségügyi szempontból a gyógyító ellátás, a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés egységben, koordináltan kell megjelenjen az ellátórendszerben. A megbetegedési viszonyok átalakulása, az elérhető korszerű gyógymódok és a költségrobbanás új helyzetet hozott létre az egészségügyi szolgálatban. Az ellátórendszer az egyén és körülményei egészségéből kell kiinduljon, nem csupán egy adott megbetegedésből. Egyszerre van szükség az egyéni és népességi szintű megközelítésekre.

Népegészségügyi szempontból nincs ellentmondás a gyógyítás és a megelőzés között. A megelőző és a gyógyító munka egymást kiegészítő és támogató tevékenységek. Minden találkozási ponton az egészségügy egészségorientált módon kell szemlélje az egyént. Különösen fontos ez az alapellátásban.

Egészen a közelmúltig a betegségmegelőzés a magas kockázati csoportokra irányult, és a közepes vagy alacsony kockázati csoportok jórészt kívül estek a figyelem fókuszából. Ugyanakkor tény, hogy bár a magasabb kockázati szint nagyobb valószínűséggel jár megbetegedéssel, halálozással, az összmegbetegedés és halálozás nagyobb része a közepes és alacsony kockázatuakból kerül ki. Ezért a Program kombinálja a népességi szintű és a magas kockázati megközelítést. Nem elégséges az a megelőzés, amely csak az aktívan jelentkező páciensekre irányul.

A megelőzési tevékenység integráltan kell megjelenjen az ellátási rendszerben, egyszerre odafigyelve a magas kockázatú, hátrányos helyzetű csoportokra, és csökkentve a kockázatot a lakosság egészében.

A magyar népesség megbetegedési és halálozási viszonyai az elmúlt évtizedben nem mutattak számottevő javulást, sőt bizonyos betegségtípusok (pl. egyes daganatos betegségek) előfordulási gyakorisága folyamatosan növekszik. A krónikus, nem fertőző megbetegedések súlya meghatározó az elkerülhető, az idő előtti halálozásban és a megbetegedésekben.

A krónikus, nem fertőző megbetegedések egyéni hajlama genetikai, biológiai, magatartásbeli és környezeti tényezőktől függ. Bár a kutatások fényében úgy tűnik, hogy az örökletes tényezők szerepe fontosabb, mint ahogy ezt korábban feltételezték, a megelőzés fő útja a magatartás és a környezet befolyásolása.

A krónikus, nem fertőző megbetegedések megelőzéséhez, diagnosztikához és kezeléséhez a tudományos ismeretek általában adottak. Hazánkban is több évtizedes tapasztalattal rendelkezünk e téren. A Program költséghatékony, magas minőségű stratégiákra építhet mind népegészségügyi, mind klinikai szemszögből.

- Átfogó integrált népegészségügyi megközelítésű politikára van szükség a magatartással összefüggő és a környezeti kockázati tényezők befolyásolására. Ez annál is indokoltabb, mivel a krónikus nem fertőző megbetegedések kockázati tényezői sok tekintetben közösek.

- Népességi szintű megelőzési stratégiákat kell kialakítani, amelyek szűrésen alapulnak és szűrési-gondozási rendszerekhez kapcsolódnak.

- Szükség van az orvos-beteg találkozásokra építő esetteljesítő stratégiákra is.

A programok sikerének, monitorozásának, értékelésének feltétele egy népességi szintű információs rendszer működtetése.

Külön programrész foglalkozik a lelki egészség kiemelkedő fontosságú és a társadalmi hátrányokkal szorosan összefüggő kérdésével. Kitér a Program az AIDS megelőzésre és a közegészségügyi biztonságra is. A főbb betegségek, sérülések, halálokok gyakoriságának csökkentése a Program egyik fő útja. Szerves része az egészségügy reformjának, az EU népegészségügyi rendszeréhez való illeszkedésnek.

Az egészségügy szemszögeiből a szakmai hatások évtizedes távon a következőkben foglalhatók össze:

- Csökken a megelőzhető és az idő előtti halálozás, a krónikus nem fertőző megbetegedések korai előfordulása.
- Csökken, illetve az időskorú ellátás irányába átalakul a Program által megcélzott betegségcsoportokban a gyógyítási-ellátási igény.
- Csökkennek a preventív szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi, társadalmi egyenlőtlenségei.
- Fejlődnek és gazdagodnak az egészségügy megelőző célú szolgáltatásai.
- Javul a megelőző ellátás minősége.

A halálozások több, mint fele a szív- és érrendszeri megbetegedések következménye. Nemzetközi összehasonlításban is nagyon kedvezőtlen a hazai helyzet. A megelőzési szemlélet megjelenése a szív- és érbetegségek gyógyító ellátásban is jelentős hatása a korai halálozás, a rokkantság csökkentésében. A másodlagos

megelőzés a betegségek korai felismerését és kezelését lehetővé téve hatékonyan egészíti ki a lakossági szinten végzett elsődleges megelőzést. Ezek kölcsönhatása mindkét megközelítés hatását növeli.

Az alapellátás megerősítése alapvető fontosságú. A magasvérnyomás-betegség korai felismerése és gondozásba vétele igazoltan hatékony és lakossági szinten is életév- és életminőség-nyereséggel járó tevékenység. Célunk, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázati tényezőinek (pl. dohányzás, anyagcserezavarok, mint a multimetabolikus szindróma, cukorbetegség stb.) felismerése és befolyásolása a mindennapos gyakorlat része legyen.

Az egységes betegellátás érdekében a magasabb szintű ellátási formák fejlesztése egységes szempontrendszerének kialakítása, a szakmai irányelvek érvényesülésének biztosítása kiemelt ellátás-fejlesztési cél. A képzés, továbbképzés megelőzési szemléletének erősítése, a megelőzési tevékenység elemeinek beépítése a fenntarthatóságot szolgálja.

A másodlagos megelőzés hatékonysága mind a magas vérnyomás, mind a koszorú- és agyi érbetegségek szövődményeinek, kialakulásának elkerülésében kiemelkedő. A Program hozzájárulása a várható élettartam meghosszabbításához már korán érezhető hatású. Csökkenti a kórházi ellátás szükségességét és a költséges operatív beavatkozásokat. Javítja az életminőséget.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási aránya évtizedek óta romlik, a szív és keringési rendszer eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakorisággal.

Az egészségügyi ellátórendszer megelőzési szemléletének fejlesztése és gyakorlati megvalósítása ebben a betegcsoportban is a korai felkutatáson és kezelésen alapszik. Az alapellátás játssza itt is a legjelentősebb szerepet. Ezenkívül a lakossági szintű szervezett szűréseknek is jelentős szerepe van a rákos betegségek megelőzésében. A másodlagos megelőzési program teljessége csak a korán kiszűrt betegek modern ellátásának és gondozásának megvalósításával érhető el.

Fokozni szándékozunk az alapellátás „onkológiai éberségét” irányelvek és protokollok kidolgozásával, a képzésben, továbbképzésben történő megjelenítéssel.

Hasonló módon a lakosság széles körű informálása a daganatos betegségek kockázati tényezőiről, a korai felismerés és hatékony gyógyítás lehetőségeiről a nemzeti stratégia része. A felismert, kiszűrt betegek ellátását, gondozását az onkológiai betegellátás fejlesztésével, a területi betegellátás egységes szempontok szerinti menedzselésének, nyomon követésének és a minőség folyamatos monitorozásának kialakításával biztosítja a Program.

A háziorvosok betegforgalmi adatai szerint a mentális megbetegedésben szenvedők praxisuknak jelentős részét képezik. A betegek 15%-a affektív vagy szorongásos zavarban szenved. A depresszió okozta társadalmi kár az összes betegség között az elsők között van. Öngyilkossági statisztikánk kedvezőtlen nemzetközi összehasonlításban is.

A mentális zavarok elsődleges megelőzésére családi felkészítő és iskolai programok kidolgozását tervezzük, együtt a kritikus színtereken dolgozó szakemberek felkészítésével és ilyen irányú képzésével. A krízisellátó hálózat fejlesztése az öngyilkosságok csökkentésének eszköze.

A mentális zavarok korszerű ellátásának feltételei: a közösségi pszichiátria művelésének megvalósítása, a területi ellátóhálózat integrációja, a szakemberek rendszeres továbbképzésének és szakmai fejlődésének biztosítása, a gyermekekkel foglalkozó szakemberek képzése és a helyi ellátásban történő részvétele, a szociális és családsegítő intézményekkel és egészségügyi alapellátással történő együttműködésének kialakítása, modellprogramok megszervezése a hatékony közösségi megelőzés alfája és omegája.

Az alapellátás és az iskolák kiemelt feladata ebben az együttműködésben a korai felismerés és intervenció biztosítása, melyhez továbbképzési programok szervezésével és támogatásával járul hozzá a Program. A rehabilitáció a program sarkalatos pontja, lehetővé kell tenni a mentális betegek társadalomba való beilleszkedését.

Számítunk a média aktív közreműködésére a lelki megbetegedésekkel kapcsolatos előítéletek feloldásában, a megbélyegző társadalmi álláspont megváltoztatásában. Ezzel a támogatással a média hatékonyan hozzá tud járulni az időben történő segítségkereséshez és a rehabilitációs programok sikeréhez.

A mozgásszervi betegségek kiemelkedő jelentőségét nemcsak növekvő gyakoriságuk, hanem következményeik, a rokkantságra, életminőségre és a halálózásra gyakorolt hatásuk adja. A hatékony megelőzés gyermekkorban kezdődik az iskolai testnevelési programba beiktatandó tartásjavító gyakorlatokkal és a gerinc rendellenességeinek és a végtagok problémáinak kiszűrésével és korai kezelésbe vételével.

Az időskori programok közül a csontritkulás következményeként bekövetkező combnyaktörések növekvő számának megállítása és a rehabilitáció feltételeinek javítása elsődleges feladat.

A reumatológia graduális és posztgraduális oktatása az alap- és szakellátás felkészültségét javítja.

Az AIDS-prevencióban a legfőbb cél az iskolai egészségnevelés részeként családi életre nevelési ismeretek oktatása révén elősegíteni a fiatalok értékrendjének, személyiségének fejlődését, kialakítani a felelős szexuális és

drogelkerülő magatartást. A lakosság hiteles tájékoztatása a HIV-fertőzésről és az AIDS-betegségről biztosítja a fertőzöttek elleni diszkrimináció csökkentését.

A magas kockázatú közösségekben (intravénás kábítószer használók, prostituáltak, homoszexuálisok) célzott szűrővizsgálatokat tervez a program. Ebben fontos a civil szféra közreműködésének biztosítása és támogatása.

A HIV-fertőzés megelőzése az egészségügyi szakdolgozók képzési és továbbképzési programjainak részeként a foglalkozási körből adódó kockázatot csökkenti.

## AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZER FEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN

A Program sikeres végrehajtása intézményfejlesztést igényel az egészségügy reformjának elveivel összhangban. Idetartozik az ellátórendszer megelőzési szemléletű fejlesztése, a népegészségügyi szűrővizsgálatok rendszere, az erőforrás-fejlesztés, különös tekintettel a szakemberképzésre, a kutatás, monitorozás és az információs rendszerek kérdése.

A Programban kitüntetett szerepe van a megelőzést szem előtt tartó alapellátásnak. Az 1978-as Alma-Atai Nyilatkozat kimondja, hogy az alapellátás az egész egészségügyi szolgálat döntő eleme. Az alapellátás jól hozzáférhető szolgáltatásokat kell nyújtson a megelőzés, a szűrővizsgálatok terén, aktívan együttműködve az egyénnel, családokkal, helyi közösségekkel.

A Program törekvése, hogy

- tovább növelje az alapellátás megelőzést szolgáló szerepét az egészségügyi szolgálat egészében;
- úgy javuljon az alapellátás minősége, hogy felerősödjön a megelőző, egészségfejlesztő funkciója;
- a helyi közösség aktívan együttműködjék az alapellátás szakembereivel;
- az alapellátás hozzáférhetőségének társadalmi egyenlőtlenségei csökkenjenek.

A Program céljai között szerepel egyes népegészségügyi jelentőségű szűrővizsgálatok egységes hozzáférhetőségének megteremtése. A megkezdődött emlőszűrési program intézményi, informatikai és infrastrukturális hátterének fejlesztése és megerősítése mellett a méhnyak és vastagbélvizsgálatok rendszerének megtervezése, felépítése és működtetése a program célja. A fenti három daganattípus esetében igazolt a kedvező populációs szintű hatás.

A Program sikeres végrehajtása hozzájárul az egészségügyi szolgálat integrált működéséhez, a szükségletek, a betegségmegelőzés és egészségfejlesztés, a felismerés és gyógyítás, illetve a rehabilitáció összhangjához.

Az elsődleges cél az alapellátás fejlesztéséhez hozzájárulás, mert ez az ellátási forma, amelyben a leghatékonyabban meg tudnak jelenni a megelőzés szempontjai és tevékenységei, és amely az állampolgárok számára a legszélesebb körben hozzáférhető, beleértve a szegényeket, hátrányos helyzetű csoportokat.

Az alapellátás rendszerében a háziorvosok és gyermek-háziorvosok, védőnők, ápolási és rehabilitációs tevékenységet végző szakemberek szerepe egyaránt fontos, a Program minden alapellátási kollégának szakértői támogatást kíván nyújtani egészségfejlesztési tevékenységéhez. Kialakítjuk azt a megoldási módot, amelyen keresztül az alapellátásba be tudjuk építeni az életmód-tanácsadás tevékenységét, az egyéni kockázatfelmérés képességét, egyes kiemelten fontos betegségcsoportokkal (szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések) kapcsolatos megelőzési és ellátási utak és eljárások kialakítását, az alapellátás rendszeres vizsgálatát a megelőzési tevékenység hatékonysága és hozzáférhetősége szempontjából.

A Program hatékony megvalósítása megköveteli a népegészségügyi intézményrendszer megerősítését és korszerűsítését. A magyar népegészségügy különösen a hagyományos területeken, mint a járványügy, immunizáció, anya- és gyerekvédelem, környezet-egészségügy és az adatszolgáltatás fejlett. Ezek jelentősége a jövőben sem csökken, szükség van viszont az infrastruktúra, a szervezetek bővítésére a krónikus nem fertőző megbetegedések megelőzése, az egészségfejlesztés, a népegészségügyi tervezés és elemzés területén. Mindezen tevékenységek során építünk a korábbi elemzések, vizsgálatok eredményeire és javaslataira.

Cél a tudásmenedzsment korszerű eszköztárának fejlesztése és minden, népegészségüggyel foglalkozó szakember számára hozzáférhetővé tétele. Kiemelt terület és a Program hosszú távú sikerének kulcsa a népegészségügyben vagy az egészséggel kapcsolatos területeken dolgozó szakemberek széles körű népegészségügyi és menedzsment irányú képzése (ÁNTSZ, önkormányzatok, civil szervezetek) a képzési formák bővítésével és elérhetőbbé tételével. Az egészségfejlesztésben folyó magas szintű, nemzetközi minőségű munka feltétele a népegészségügyi tudományos képzés és kutatóműhelyek folyamatos támogatása, az egészségfejlesztési tevékenységek hatékonyságának rendszeres és elfogulatlan elemzése. A felsőoktatási intézményi bázis fejlesztése és bővítése az európai modellnek megfelelő, alapvető érdeke a szektornak és az egészségpolitikának is. A Programhoz kapcsolódó kutatások gyakorlati döntések előkészítését is kell szolgálják tudományosan megalapozott módon, népegészségügyi, társadalmi szempontból fontos

kérdésekről. A fenntarthatóság érdekeit független intézményi bázis megteremtése és az egyetemi tudásközpontok koordinációja és támogatása biztosítja.

Az egészségi állapotot leíró adatok megbízhatósága, az egészségi állapotban és az egészséget meghatározó tényezőkben bekövetkező változások ismerete a Programmonitorozás és -értékelés feltétele. A nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a programmonitorozás rendszerét beillesztjük a nemzeti egészségmonitorozás rendszerébe. A meglévő intézményi bázisok az intézményi feltételeket biztosítják, infrastrukturális és személyzeti kapacitás fejlesztésére azonban szükség van.

A lakossági információs rendszerek kiépítésének alapelve az általános hozzáférhetőség. Az információs rendszer nem csak a Program irányítását, az értékelést szolgálja, hanem aktivizálja az érintett egyéneket, helyi és egyéb közösségeket. A Program szerves része az információk, eredmények kommunikálása.

## A PROGRAMOK RÉSZLETES BEMUTATÁSA

### TARTALOM

#### *Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása*

Egészséges ifjúság

Idősek egészségi állapotának javítása

Esélyegyenlőség az egészségért

Egészségfejlesztés a mindennapi élet szinterein

#### *Egészséges életmód programja, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése*

Dohányzás visszaszorítása

Az alkohol és drogmegelőzés

Egészséges táplálkozás és élelmiszer-biztonság

Aktív testmozgás elterjesztése

Közegészségügyi és járványügyi biztonság

Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram

#### *Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése*

Koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása

Daganatos megbetegedések visszaszorítása

A lelki egészség megerősítése

Mozgásszervi betegségek csökkentése

AIDS-megelőzés

#### *Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében*

Népegészségügyi szűrővizsgálatok

Ellátásfejlesztés

Erőforrás-fejlesztés

Monitorozás-informatika

*Johan Béla életműve*

## EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ TÁRSADALMI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA

### Egészséges ifjúság

*Cél:*

- Már a fogantatástól kezdve biztosítani az egészséges élet lehetőségét mindenkinek.

- A család mellett az iskola vállalja az egészségfejlesztés alapvető színterévé.

- 2003-tól a családtervezési tanácsadás fejlesztése, a felelős gyermekvállalás, a gyakori krónikus betegségek, a nem kívánt terhességek megelőzése érdekében.

- 2003-ban, az anya-, gyermek- és csecsemővédelmi tevékenység a védőnői munka szakmai feltételeinek javítása, intézményi háttérének továbbfejlesztése, akcióinak meghatározása.
- 2003-tól a gyermekkori megelőzési programok feltételeinek javítása (fogászati, fluor, jód prevenció).
- A mindennapos egészségfejlesztő testmozgás megvalósítása minden gyermek számára (lásd „Aktív testmozgás elterjesztése”).
- 2003-tól következetesen érvényt kell szerezni azon jogszabályoknak, amelyek biztosítják a gyermek-egészségügyi alapellátásban és az iskola-egészségügyi szolgálatban az egészségfejlesztés szempontjait.
- 2004-re a tanár és egészségügyi (orvos, védőnő, ápoló) felsőfokú képzésben alkalmazható egészségfejlesztési tananyag, valamint a képzés intézményi kereteinek kidolgozása.
- 2005-ben „Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” című kutatással összhangban a nemi különbségek szerepét is vizsgáló önálló felmérés elindítása.
- 2005-re a közoktatási intézmények minőségbiztosítási rendszerébe egészségfejlesztési szempontok beépítése.
- 2003-ban ki kell dolgozni, 2006-ra megteremteni azon tárgyi feltételeket, amelyek az iskolákat (óvodákat) biztonságossá, és egyben az egészségfejlesztés alkalmas szintereivé teszik.
- 2005-re el kell érni, hogy minden óvodában, általános és középiskolában az integrált egészségfejlesztési tartalmak közvetítése folyamatos és rendszeres legyen.
- 2004-ig az egészségügyi szakdolgozók és a védőnői szolgálat népegészségügyi oktatásának továbbfejlesztése és általánossá tétele.
- 2003-ban a fiatalok egészséges szabadidő eltöltése támogatható formáinak, a támogatás rendszerének, az ösztönzés módjának kidolgozása.
- Kiemelkedően fontos a leszakadó rétegeket (romák, állami gondoskodásban élők, hajléktalanok) valóban elérő programok fejlesztése és bevezetése.

#### *Helyzetismertetés:*

Az élveszületések száma Magyarországon évről évre csökken, miközben ezer újszülöttből kilencet elveszítünk. Ez a szám kétszerese az Európa fejlettebb részén tapasztaltnak. Az újszülöttek 9%-a 2,5 kg-nál alacsonyabb súllyal jön világra, a veleszületett rendellenességek száma is magas.

Az „egészséges” élet lehetősége a fogantatással kezdődik, de annak biztosításához már a szülők fogantatás körüli élete, gondolkodása, ismeretei is meghatározóak. A felelős gyermekvállalás érdekében alapvetően fontos a nem kívánt terhességek megelőzése, a gyermekvállalásra való felkészülés is. Az anya várandóssága idején szükség van a megfelelő gondozásra, a magzati ártalmak, károsodások megelőzésére, a szülők felkészítésére a születendő gyermek egészséges testi, lelki gondozására, nevelésére.

Az újszülöttnak joga van az elérhető maximális biztonságú újszülöttellátásra. Az egészséges táplálkozás a szoptatással kezdődik, ez az egyetlen egész életre kihatóan lelki és testi egészséget elősegítő táplálási forma.

Szoptatási arány: az első életévüket betöltött csecsemők közül 4 hónapos korban 61,9% a kizárólagosan szoptatott, míg 6 hónapos korban 34,7%.

Egy 1989-1990-ben végzett felmérés szerint a gyermekek jóellátottságát jelző golyvagyakoriság országos átlaga 4,9% volt, amely egyes területeken elérte a 10%-ot! A fogbetegségek szempontjából is Magyarország a legrosszabb mutatókkal jellemezhető országok között van Európában. Az 5-6 éves korúak 25-30%-ának van csupán ép fogazata. A 12 éves gyermekeknek átlagosan négy maradó foguk beteg, 75%-uknak ínygyulladás van, 15-20%-a szorul fogszabályozó kezelésre. A 18 évesek csak 66%-ának van megtartott fogazata.

Egyre általánosabb a gyermekkori elhízás, a magas vérnyomás, az asztma. Az elmúlt tíz évben megduplázódtak a fiatalok gerincbetegségei. A gyermekek és fiatalok 60-80%-a tartáshibás. Az ifjúság 55%-a nem sportol, sőt semmit, vagy csak 1-2 órát mozog hetente.

Egyre gyakoribbak a gyermekkori mentális zavarok, az agresszivitás, a szenvedélybetegségek (dohányzás, alkohol- és drogkipróbálás és -fogyasztás) korai megjelenése.

A 11, 13 és 15 évesek 8%-a, a gimnazista és szakközépiskolás fiúk 6,6%-a, a szakmunkástanuló fiúk 7,9%-a, a gimnazista és szakközépiskolás lányok 9,6%-a, a szakmunkástanuló lányok 18,1(!)%-a nem tartotta jónak egészségi állapotát.

A kutatások alapján azt is tudjuk, hogy a kedvezőtlen egészségmagatartás erősen összefügg a szocializációs folyamat zavaraiival. Az az ember képes egészséges és sikeres felnőtté válni, környezetébe beilleszkedni, aki megtanulhatta a társas kapcsolatok harmóniáját, az iskolához, tanárokhoz, tanuláshoz fűződő viszonya kiegyensúlyozott, biztos jövőképe, terve van. A szocializáció intézményes színtere az iskola, amely a szükséges jártasságok és készségek kialakításában meghatározó szerepet játszhat.

Tudjuk, hogy a kedvezőtlen halálozási adatokért felelős megbetegedések jelentékeny hányada az életmóddal van összefüggésben, ezért az iskolában olyan körülményeket kell teremtenünk, olyan módszereket kell alkalmaznunk, amelyek képesek befolyásolni, javítani a jövő generációinak életmódját.

Hazánkban az elmúlt évtizedekben nagyon kevés és összehangolatlan kezdeményezés született az iskolai egészségfejlesztés területén, az egészségfejlesztésre fordított források szintje pedig drámaian alacsony volt.

Az egészségnevelés és egészségfejlesztés kiemelt célcsoportjai az óvodás és iskolás (általános és középiskolás) korú gyermekek és fiatalok; hisz e korosztály egészségmagatartása határozza meg a jövő felnőtt lakosságának egészségi állapotát.

Az iskolai egészségfejlesztés jogszabályi környezete [28/2000. (IX. 21.) OM rendelet, 10. § (5) bekezdés] a korábbiaknál tágabb és elvileg számon kérhetőbb keretet biztosít az egészségfejlesztés iskolai programjaihoz. Ahhoz, hogy ezek a keretek meg is teljenek a kívánatos és korszerű egészségfejlesztési tartalmakkal, tovább kell erősíteni a rendszeres gondolkodást, és javítani kell az érintett szakemberek - e tekintetben hiányos - képzettségét is.

A „prevenációs piac” igen sokszínű mind az ajánlott programok számát, mind pedig azok minőségét tekintve. A korai megelőzés különböző helyszínein elérhető programok nagyon sokfélék és esetenként szakmai szempontból megkérdőjelezhetőek. Emiatt kiemelt fontosságú ezen programok akkreditációs feltételrendszerének megteremtése.

Az életmódminták alakulását a helyes, a korszerű egészségvédelmi ismeretek önmagukban csak korlátozott mértékben képesek befolyásolni. Az ifjúság későbbi egészségállapotát a családi szociokulturális háttér, korai otthoni nevelés hatása, a társadalmi rétegződésben elfoglalt hely, és nem az intézményi hatások határozzák meg. Ezért is elengedhetetlen a lelki egészségvédelmi szempontokat is figyelembe vevő koncepció kialakítása. Szükséges az is hogy ezen ismeretek gyakorlati alkalmazásához fontos készségek és jártasságok beépülhessenek a felnövekvő generációk viselkedésébe, életmódjába. A nevelési, oktatási intézményekben nagy számban alkalmazott, „kereskedelmi” programok főként promóciós és kevésbé egészségvédelmi célokat szolgálnak, módszereik az információk átadásán túl nem segítik a képességek és jártasságok fejlesztését. Aggályosak azok a kezdeményezések is, amelyek csak egy kockázati magatartást (táplálkozás, dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás stb.) állítanak a program középpontjába anélkül, hogy figyelemmel lennének a magatartásszerveződés általános szabályaira.

Nehezíti a helyzetet, hogy a korszerű szemléletet és módszertant tükröző tananyagok nem kellő mértékben elterjedtek. Létezik hazánkban néhány ilyen program, ezek elterjedtsége azonban messze elmarad a kívánatos mértéktől. (A magyar általános iskolák mintegy 4-5%-ban alkalmazzák csupán.)

Döntő fontosságú kérdés, hogy a közoktatási intézmények (óvoda, általános és középiskola) atmoszférája és tárgyi környezete még hatékonyabban legyen képes az egészségbarát életformákat támogató üzenetek befogadására és továbbadására. Ez - többek között - azzal érhető el, hogy a közvetítésre hivatott pedagógusokat az alkalmazandó módszerek és ismeretek szempontjából felkészítjük, rendszeresen továbbképezzük. A gyermekek tanítására hivatott pedagógusok készségeinek és ismereteinek folyamatos fejlesztéséről gondoskodni kell. Jelen pillanatban mintegy 20-25 olyan akkreditált pedagógus-továbbképző program létezik, amelyek a fentiekben jellemzett programokhoz kapcsolódnak.

Az iskolai egészségfejlesztő tevékenység hatékonyságát sok esetben rontja az a körülmény, hogy az iskola-egészségügyi szolgálat (házi gyermekorvos, védőnő) és az iskolai személyzet közötti kommunikáció elvi és gyakorlati okok miatt nehezített.

A pedagógusok és az egészségügyi dolgozók felsőfokú és posztgraduális képzésében megjelentek ugyan alkalmi jelleggel szakok, illetőleg szakirányú továbbképzések, de kötelező, szervezett és intézményesített formában nincs jelen a korszerű egészségfejlesztés.

Számos civil szervezet is tevékenykedik az egészségfejlesztés területén. E szerveződéseknek kivételes lehetősége van arra, hogy a korszerű egészségfejlesztési gondolkodást és programokat eljuttassák az életforma-életmód formálása szempontjából kitüntetett lehetőségekkel bíró színterekhez (család, iskola, munkahely stb.). E szervezetek működése - akkreditációs és elbírálási kritériumok hiányában - tartalmilag és minőségileg eltérő; finanszírozásuk esetleges.

Az alkoholfogyasztással, helyenként drogterjesztéssel működő kereskedelmi szórakozóhelyeken kívül a fiatalok szabadidejének eltöltésére alig létezik igazán egészséges lehetőség. Szórványos kezdeményezések vannak csupán (pl. „Éjszakai pingpong bajnokság”).

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Felelős gyermekvállalás, egészséges életkedvet	Családtervezési tanácsadás színvonalának javítása a körzet védőnői, az iskola-védőnői ellátás és a Családvédelmi Szolgálat fejlesztésével, a szakmai-módszertani háttér fejlesztése a meglévő intézményrendszer

	<p>tevékenységének összehangolásával és fejlesztésével.</p> <p>A genetikai terheltségek korai felismerése (családtervezés) és a hajlam következményeinek kivédése egészséges életmóddal és orvosi beavatkozásokkal.</p> <p>A védőnői szolgálat fejlesztése, a szakfelügyelet személyi, tárgyi és továbbképzési feltételeinek fejlesztése, egységes elveinek meghatározása, bevezetése.</p> <p>A nő, anya, 0-18 éves gyermek-egészségügyi ellátásban a prevenció egységes elveinek, meghatározása, bevezetése.</p> <p>A „családbarát szülészet” ösztönzése, a szoptatás minden módon való népszerűsítése, általánossá és természetessé tétele.</p>
Gyermekkorai prevenció	<p>Programok a gyermek testi és lelki fejlődésének nyomon követésére.</p> <p>Fogászati kockázati stratégia kidolgozása és alkalmazása.</p> <p>Az iskolában működő iskolaorvosi-védőnői egészségügyi feladatok bekapcsolása az iskola világába, együttműködési modellek kialakítása az iskola vezetésével.</p> <p>A szervezett iskolafogászati hálózat teljes körű kiépítése, szájhigiénés programok indítása.</p> <p>Lakossági felvilágosítás a jód- és fluor-pótlásról.</p> <p>Fluor-pótlás alternatíváinak vizsgálata, beillesztése szájhigiénés programokba.</p> <p>A jódozott konyhasó használatának elterjesztése.</p> <p>Jód-ellátottsági vizsgálatok, golyvagyakorosság felmérés.</p>
Képzés	<p>2004-ig ki kell dolgozni a tanár és egészségügyi (orvos, védőnő, ápoló) felsőfokú képzésben alkalmazható egészségfejlesztési tananyagot, valamint a képzés intézményi kereteit.</p> <p>2004-ig tovább kell fejleszteni és általánossá tenni az egészségügyi szakdolgozók és a védőnői szolgálat népegészségügyi oktatását.</p> <p>2005-ig akkreditált, minőségbiztosított továbbképzések az iskola-egészségügyi ellátásban dolgozók számára.</p>
Kutatás	<p>„Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) című kutatással összhangban olyan önálló felmérés elindítása, amely a nemi különbségek szerepét is vizsgálja az egészségmagatartás alakulása és az egészségfejlesztési programok használhatósága szempontjából.</p> <p>A következő időszak kiemelkedően fontos célja a leszakadó rétegeket (romák, állami gondoskodásban élők, hajléktalanok) segítő programok fejlesztése és bevezetése.</p>
Programfejlesztés	<p>2003-ban ki kell dolgozni, 2006-ra megteremteni azon tárgyi feltételeket, amelyek az iskolákat (óvodákat) biztonságossá és egyben az egészségfejlesztés alkalmas színtereivé teszik.</p> <p>2005-ig a közoktatási intézmények minőségbiztosítási rendszere egészségfejlesztési szempontjainak kidolgozása, e szempontok beépítése.</p> <p>2004-re el kell érni, hogy minden óvodában, általános és középiskolában, minden életkorban a stratégiai célokkal harmonizáló, integrált egészségfejlesztési tartalmak oktatása rendszeres és folyamatos legyen.</p> <p>2003-ban a fiatalok egészséges szabadidő eltöltése támogatható formáinak, a támogatás rendszerének, az ösztönzés módjának kidolgozása.</p> <p>2006-tól a közoktatás 11. évfolyamának lezárásakor a tanulók kapjanak egy egyéni kockázatbecslésen nyugvó ún. egészség-érettségi bizonyítványt, amely tanúsítja, hogy a tanuló képes egészsége védelmére, fejlesztésére, a megszerzett ismereteket, készségeket alkalmazni is tudja. Ezeket az ismereteket képes továbbadni társainak, családtagjainak, leendő munkatársainak, tehát egészségügyi szempontból tájékozottnak tekinthető.</p>

Várható eredmények:

A családot alapítók részt vesznek családtervezési tanácsadáson, valamint a várandósgondozás keretében a krónikus betegségek elsődleges megelőzési programjában.

Csökken a koraszülöttek, kis súlyú újszülöttek, veleszületett rendellenességek aránya.

A kizárólagos szoptatás gyakorisága 6 hónapos korig 2005-re érje el a 70%-ot és 2008-ra a 80%-ot.

4-5%-ról 2%-ra csökkenjen a 6-10 éves gyermekek között a golyva előfordulása.

2010-ig a 6 éves gyermekek 50%-a ép fogú legyen, a 12 éveseknek maximum három megbetegedett maradó fog legyen, a 18 évesek 85%-a megtartott fogazatú legyen, 12-18 évesek fogágy-betegségei 25%-kal csökkenjenek.

2004 végéig a közoktatási intézmények legalább 50%-ában folyik érdemi, integrált egészségfejlesztési tevékenység, kialakul az érdemi párbeszéd az iskola-egészségügyi szolgálat és az oktatási személyzet között.

2006-ig a korszerű, a társadalmi beágyazottságot tükröző, egészségfejlesztési tartalmak és akkreditált módszerek használata minden közoktatási intézményben, gazdagabb programkínálat - programregiszter.

Egyetemi, főiskolai képzés intézményi feltételeinek kialakítása.

2004-ben legalább 5 felsőoktatási intézményben, a graduális képzés keretei között kipróbálásra kerül a kifejlesztett oktatási anyag, rendelkezésre állnak a kipróbált tantervi modulok.

A 2005-2006. évi iskolai tanévtől kezdődően a tanulók fokozatosan kapjanak egészség-érettségi bizonyítványt. Az iskolai egészségfejlesztési programok eredményeképpen az érett tanuló képes a saját egészségére ártalmas kockázati tényezők felismerésére, egészségi állapotát önmaga megfelelően értékeli, kialakult benne a helyes egészségmagatartás iránti igény, tisztában van az egészségét erősítő, fejlesztő tényezőkkel és eszközökkel, és azokat alkalmazza is, tudatában van, hogy akaratfejlesztéssel és neveléssel a kezdetben nehezen teljesíthető tevékenységek készséggé alakíthatók, társainak, családjának és környezetének ezen ismereteket tovább tudja adni, személyes példamutatással pozitív hozzáállást alakít ki.

Korszerű oktatási technikák meghonosítása az egészségfejlesztési tartalmak közvetítése terén - az ilyen szolgáltatásokat igénybevevők számának növekedése, 2003-2004. években legalább 800 pedagógus részvétele akkreditált, egészségfejlesztési tartalmú tanár továbbképzéseken.

A kiterjesztett „Iskolás gyermekek egészségmagatartása” és egyéb kutatások eredményeképpen olyan programok megjelenése, amelyek tekintettel vannak a nemi szerepek különbözőségére, valamint a leszakadó rétegek megelőzéssel kapcsolatos szükségleteire.

2005-re a közoktatási intézmények minőségbiztosítási rendszere egészségfejlesztési szempontokat is tartalmaz.

2006-ra fokozatosan általánossá válnak azon tárgyi feltételek, amelyek az iskolákat (óvodákat) biztonságossá, és egyben az egészségfejlesztés alkalmas színtereivé teszik.

2004-re általánossá válik az egészségügyi szakdolgozók és a védőnői szolgálat rendszeres népegészségügyi oktatása, tananyagfejlesztéssel és tartalmi megújítással.

2004-től elkezdődik a fiatalok egészséges szabadidő eltöltési lehetőségeinek fejlesztése.

## **Idősek egészségi állapotának javítása**

*Cél:*

*A folyamatosan növekvő számú idős lakosság életminőségének javítása.*

*Helyzetismertetés:*

Az időskorúak nem képviselnek homogén csoportot. Megtalálhatóak közöttük a legkülönbözőbb állapotban lévő egyének, az egészségesektől a súlyos idült betegségben szenvedőig. Mindnyájuk számára megbecsülést és egyénileg megfelelő aktivitást kell biztosítani. Ellátásuknak is az állapothoz alkalmazkodónak kell lennie, magában foglalva a prevenciót, a rehabilitációt, a habilitációt, magas színvonalú egészségügyi és szociális szolgálatokat.

A születéskor várható élettartam növekedése az egész fejlett világban az időskorúak arányának növekedéséhez vezetett. Magyarországon ezt az arányeltolódást még fokozza a születések csökkenő száma. Bár remélhető, hogy ez utóbbi a gyermekvállalást elősegítő intézkedések hatására növekedni fog, ugyanakkor megfelelő kezelés és gondozás az élettartam további növekedéséhez vezethet, ami az említett arányt fenntartja.

A 65 év feletti aránya 1980 és 2000 év között a következőképp alakult:

- európai átlagban 12,13%-ról 13,75%-ra,

- az Európai Unióban 13,97%-ról 15,97%-ra,

- Magyarországon 13,43%-ról 14,58%-ra

növekedett az összlakosság vonatkozásában.

Nem elhanyagolható adat, hogy míg Magyarországon 2000-ben a 65 év feletti nők aránya 17,65% volt, ugyanez a férfiak között csak 11,37%. A mindennapi élet nyelvére lefordítva, hazánkban sok idős egyedülálló nő él. Ez szociális és pszichés szempontból egyaránt meghatározó jelentőségű.

Az idősök szociális helyzetét nem elsősorban anyagi lehetőségeik jellemzik, noha a jelenlegi nyugdíjak alacsony volta miatt természetesen ez is jelentős befolyásoló tényező. Az a tény, hogy hazánkban az időskorúaknak kevés lehetőség áll rendelkezésükre ahhoz, hogy hasznosíthassák tapasztalataikat, tudásukat, képességeiket, hogy az általános felfogás szerint ők eltartottak, noha életük munkájával teremtették meg a jelenlegi keresők lehetőségeit, nagy mértékben befolyásolja szociális és társadalmi „közérzetüket”. E mellett beszűkül szociális udvaruk is, mert még a koruknak megfelelő egyensúlyban lévő egészségi állapotú csoport is bizonyos mértékig korlátozott a mozgásában, barátai lassan „elmennek” mellőlük, kapcsolati lehetőségük a nem mindenki számára rendelkezésre álló, vagy megfizethető telefonra korlátozódik, s mindez végül befelé forduláshoz, depresszióhoz, nem ritkán öngyilkossághoz vezethet. Az idősök nagy része, beleértve a frissen nyugdíjba kerülteket is, korábbi életszínvonalára alá kerül.

Vizsgálatok szerint az öregedés minőségét elsősorban a gyermekkori nevelés határozza meg. Így például azok között, akik a gyermekkori otthoni légkört szeszélyesként jellemezték 81% lett idős korára pszichoszomatikusan beteg vagy neurotikus.

A gyermekkori nevelésnek ugyanilyen hatása volt a vizsgált időskorúak környezetére is.

Az idősök egészségi helyzetének javítása különböző akciók mellett elsősorban szemléletváltást tesz szükségessé, mind a társadalom, mind az idősök részéről. Az idős ember „egészsége” nem azonos egy tizenévesével, mégis, ha a korának megfelelő egyensúlyban él együtt természetes kopásos folyamataival, s azok nem gátolják mindennapi életvitelében „relatív egészséges”-nek ítélni meg. A társadalomnak fel kellene ismernie, hogy az időskor nem jelent egyben kiszolgáltatottságot, rászorultságot és ezt a szemléletet kellene általánosítani. Az idősöknek ugyanakkor meg kell ismerniük, és igénybe kell venniük azokat a lehetőségeket, amelyek remélhetőleg rendelkezésükre fognak állni egy „egészség-tudatos”, hasznos és élhető élet élésére.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Az egészségügy területén	<p>Az egészségügyi oktatásban, továbbképzésben és az alapellátási szolgálatban tanítani kell az időskorúak sajátos problematikáját.</p> <p>A média segítségével rendszeresen foglalkozni kell az idős kor folyamatainak és azok életvitelre való hatásának közérthető szakmai ismertetésével. A cél az, hogy a tájékoztatás egyben az önellátásra törekvést és annak megvalósítását is minél inkább elősegítse.</p> <p>Olyan átmeneti létesítményeket kell kialakítani, amelyek az időskorúak rehabilitációját segítik a magasabb fokú önellátás irányában.</p> <p>Az idős emberek egészségi ellátással kapcsolatos biztonságérzetének javítására fokozatosan ki lehetne alakítani a „vészjelző” eszköz (karkötő, lánc, „pánik gomb”) használatához szükséges infrastruktúrát, együttműködve a házigondozó szolgálat fejlesztésével.</p> <p>Annak érdekében, hogy a beteg rehabilitációja ott történjen, ahol az számára a legmegfelelőbb, „otthonápolási/laikus gondozási lánc” kiépítését az ehhez szükséges képzés biztosításával tervezzük, amely később kiszélesíthető lenne sétáltatás, otthoni foglalkoztatás rendszerének megszervezésével is.</p>
Szociális és társadalmi téren	<p>Szociális téren elengedhetetlen az időskorúak alapvető anyagi biztonságának megteremtése ahhoz, hogy emberi méltóságukat megőrizhessék és az elsőrendű célt, az élhető életet biztosíthassuk számukra.</p> <p>Társadalmi téren a már említett szemléletváltásra, valamint koordinált együttműködésre van szükség, az iskolai neveléstől kezdve a médián keresztül a nem kormányzati szervek közreműködésével szervezett programok segítségével.</p> <p>Ki kell alakítani az időskorúakat elfogadó környezetet: azokat a közösségi formákat, amelyekben az idősök más korosztályokkal együtt részt vehetnek</p>

a társadalmi életben (klubok, felvilágosító előadások, sportfoglalkozások stb.), generációs programok biztosítása, gyermek-idős kapcsolat lehetőségeinek bővítése.

A település szerinti, helyi szükségleteknek megfelelő idősgondozási terv kialakítása és az idősek bevonása annak kidolgozásába.

Növelni kell az idősek otthonaiban a férőhelyek számát, bejáró és bentlakó idősek számára egyaránt, a várólista megszüntetése érdekében, erősíteni szükséges a házigondozást, otthonápolást annak érdekében, hogy az idős ember ne marginalizálódjon.

A halmozottan hátrányos helyzetű lakossági csoportok időskori veszélyeztetettségének megszüntetése érdekében erősíteni kell az alap- és szakellátásokat, valamint a komplex gondozási tervek elkészítését.

---

Egyéb, általános téren

Érdeklődési köröknek és képességeiknek megfelelően biztosítani kell az idősek számára a tanulást (az írástudatlanok írás-oktatásától, vagy pl. a bankkártyahasználat ismertetésétől kezdve a senior-egyetemig és a nyelvoktatásig).

Az idősek érdeklődési körének, egészségi és mentális állapotának megfelelően az önkéntes munkavégzés lehetőségének biztosítása, a rendszer kidolgozása. Az önkéntes munkavégzés hozzájárulhat az idős ember hasznosságtudatának erősítéséhez.

---

*Várható eredmények:*

A 65 év feletti lakosság várható élettartama nő, életminősége objektíven és szubjektíven kimutathatóan javul.

## **Esélyegyenlőség az egészségért**

*Cél:*

*A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok - romák, fogyatékosok, hajléktalanok - egészségi állapotának javítása.*

- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok (romák, fogyatékosok, hajléktalanok stb.) - a többségi társadalomhoz képest jelentősen rosszabb - egészségi állapotát előidéző okok rövid távon történő csökkentése és hosszú távon történő megszüntetése.

- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok, egészségügyi ellátórendszerhez, illetve ellátásokhoz, megelőzési programokhoz való egyenlő, diszkriminációmentes hozzáféréseinek biztosítása.

- Az egészségügyi ellátórendszer szakszemélyzetének előítéletes, diszkriminációt előidéző beállítottságának, valamint a hátrányos megkülönböztetést előidéző egyéb okoknak megszüntetése.

- A graduális, posztgraduális egészségügyi képzés kiegészítése a társadalomból kirekesztettek, elsősorban roma népesség egészségi állapotára, szociális-gazdasági helyzetére, kulturális sajátosságaira vonatkozó ismeretekkel, a másságot, toleranciát erősítő tréningekkel.

- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok szűrő-gondozó ellátásának fejlesztése.

*Helyzetismertetés:*

Az Európai Unió irányadó elvei között előkelő helyet foglalnak el az esélyegyenlőség, illetve a kisebbségek védelme és tiszteletben tartása. Ezt a megállapítást az egészségügy területén is meghatározónak tartjuk, ugyanis a társadalomból kirekesztett lakossági csoportok, illetve a telepeken lakók hozzáférése az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz (házi orvosi ellátás, sürgősségi betegellátás, szűrő-gondozó vizsgálatok) nehezített. Ennek lehetnek földrajzi, infrastrukturális, illetve aluliskolázottságból, alacsony jövedelmi viszonyokból, fogyatékos állapotból, az ellátó rendszer részéről tapasztalható diszkriminatív beállítottságokból fakadó okai. Ezek pontos feltárása, illetve a társadalomból kirekesztett lakossági csoportokat ellátó rendszer pontos feltérképezése elengedhetetlen a szükséges lépések megtervezéséhez.

Az Esélyegyenlőség az egészségért alprogram a többi alprogrammal egyeztetve indíthatja el tevékenységeit. Ezt szem előtt tartva fordít különös figyelmet az Esélyegyenlőség alprogram a roma származású egyének, a fogyatékosok, a hajléktalanok egészségi állapotának javítására, az egészségügyi szakszemélyzet és a betegek kapcsolatának harmonikusabbá tételére.

Az Esélyegyenlőség az egészségért alprogramban a romák nevesítése azért szükséges, mert velük szemben a legkülönbözőbb területeken megnyilvánuló diszkrimináció, mint romákat érinti őket (és nem mint hátrányos helyzetűeket), egyúttal e diszkrimináció hatása a hátrányos helyzetet növeli.

Ma Magyarországon a szegények kb. 30%-a roma, ami azt jelenti, hogy a romák között nagyobb valószínűséggel fordulnak elő szegények, mint a nem romák között. A szegénység azonban a romák esetében sokszor mélyebb, elhúzódóbb, generációk között öröklődő. A szegénység népegészségügyi következményei azonban egyformán sújtanak mindenkit: az egészségtelen lakásviszonyok, a nem megfelelő mennyiségű és minőségű táplálkozás. A szegények nem tudják betartani az életmódra vonatkozó javaslatokat, a diétát, nem tudják megvenni a gyógyszert mindezek miatt rosszabbak a gyógyulási esélyeik.

Nem ismerjük pontosan a roma népesség és az egészségügyi ellátórendszer egyes intézménytípusai (házi orvosok, szakrendelők stb.) közötti viszonyokat, nem ismerjük, hogy az egészségügyben dolgozók egészében milyen előítéltséggel közelednek a romákhoz (és vice versa: a romák milyen előítéleteket vagy félelmeket táplálnak az egészségügy vagy annak dolgozóira iránt). Adatok alapján kimutatható viszont az orvos-roma beteg viszonyban jelentkező kommunikációs problémák hatása a betegségmagatartás megítélésére. Ennél lényegesen súlyosabb kérdés az, hogy a házi orvosok az adatok tükrében nem ismerik a roma népesség súlyosabb egészségügyi, illetve halálozási helyzetét, következésképp valószínűtlen, hogy az átlagosnál nagyobb figyelmet fordítanak a roma betegeikre.

A roma népesség magas morbiditási szintjét magyarázó szegénységi faktorok közül az aluliskolázottság, a munkanélküliség, illetve a deprivált lakó- és lakáskörülmények - sokszor együttes - hatása a legjelentősebb. Különösen rossz a telepeken élők egészségi állapota. A telepek közüzemi ellátottsága, illetve infrastruktúrája az egész ország területén rendkívül elmaradott. Elmondhatjuk, hogy a romák halmozottan hátrányos helyzetét okozó fenti tényezők összefüggéseit, az eddigi kutatásoknak köszönhetően pontosan ismerjük.

A fogyatékkal élők becsült létszáma 400 000-500 000 főre tehető. Közöttük jelentős számban vannak időskorúak, a 60 évnél idősebbek aránya 38% (ez kétszerese a népesség egészében képviselt aránynak). Körülbelül 32%-a fogyatékosoknak születése óta szenved fogyatékoságban. A legnagyobb arányt a testi fogyatékosok és mozgássérültek képviselik (40%), az értelmi fogyatékosok, vakok-gyengénlátók aránya 20-20%, egyéb fogyatékoságban (hallás, beszéd) szintén kb. 20%-uk szenved. Munkavállalási esélyeik általában rendkívül kedvezőtlenek és csak a fogyatékosok 1/6-a aktív gazdaságilag. Ma a fogyatékosok - különösen a súlyosan, halmozottan fogyatékosok - nehezen jutnak megfelelő egészségügyi ellátáshoz, több ok miatt is:

- nincsenek kellő számú olyan, megfelelően képzett orvos, egészségügyi dolgozó, aki bánni tudna egy értelmi fogyatékos, halmozottan sérült gyerekekkel, felnőttel, el tudná végezni a megfelelő vizsgálatokat, kezeléseket;
- az akadálymentesítés elmaradása miatt az orvosi rendelők, kórházak gyakran megközelíthetetlenek;
- a kórházak nem tolerálják a fokozott odafigyelést, felügyeletet igénylő, másokat zavaró, nehezen kommunikáló betegeket.

A családok magukra vannak hagyva a társadalom diszkriminációs törekvéseivel szemben, egyedül kell megküzdeniük az előítéletekkel, a kirekesztéssel. Sokszor egyedülálló szülő - többnyire az anya - neveli a fogyatékos gyermeket, ennek az összes lelki következményeivel: kizorul a munkaerőpiacról, elszigetelődik a környezetétől, elhanyagolja az egészséges gyermekét.

Magyarországon ma kb. 30 000 hajléktalan ember él, nagyrészt városokban. A hajléktalanság mára krónikussá vált, azaz a hajléktalanok nagy része 5-10 éve él az utcán, gyakorlatilag a társadalomból kizorulva - ez az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésükre is vonatkozik: az egészségügy sehogy vagy csak nagy fenntartásokkal fogadja be a hajléktalan embereket. Ha be is fogadja, „utcafényesnek” nyilvánítva bocsátja el akkor, amikor már csak ápolásra lenne szüksége. Mára kialakult egy alacsonyabb színvonalú, párhuzamos, elkülönített ellátás a számukra. Ez azonban nem oldja meg a problémákat, nem biztosítja például a lábadozás időszakában a szükséges ápolást, gondozást, a szükséges életmódra vonatkozó utasítások betartását.

A hajléktalanság sok olyan egészségi problémával jár együtt, amelyek részben okok, részben következmények. Ilyen az alkoholizmus, a bőrfertőzések, a tuberkulózis.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Kutatások	Az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés esélyeit, az egészségügyi

	dolgozók (elsősorban házi orvosok, védőnők, szakorvosok) roma népességgel kapcsolatos attitűdjeit, a diszkrimináció okait és mechanizmusait feltáró kutatás.
A telepeken, illetve teleszerű elrendezésben élőknek, a tartós bentlakást biztosító szociális intézetek lakóinak az egészségügyi ellátásba bevonását képző intézkedések, programok támogatása	A stratégia célja, hogy az alapellátás és a szakorvosi ellátás helyére eljussanak a célcsoportok tagjai (közlekedési eszközök igénybevétele, közlekedési költségtámogatás stb.). A projekt vonatkozhat a szűrő-gondozó, akut beavatkozást igénylő ellátásra, illetve az életminőséget javító ún. önálló életvitel központok programjaiban való részvételre (elsősorban a mozgáskorlátozottak részére). A programot megvalósíthatják a már működő területfejlesztési projektek, önkormányzatok (illetve az önkormányzatok alkalmazásában álló falugondnokok), civil szervezetek.
Egészségügyi és szociális célú településrehabilitáció	Telepeken, kistelepüléseken, romák által magas arányban lakott településrészekben komplex településrehabilitáció, egészségügyi és infrastrukturális ellátottság biztosítása, környezeti veszélyforrások megszüntetése. A helyi kisebbségi önkormányzat és a települési önkormányzat együttműködésében megvalósuló, az önkormányzati törvényben előírt kötelező feladatok végrehajtása (pl. ivóvíz és csatorna ellátás, szemétszállítás stb.). További kiemelt cél a fogyatékos emberek akadálymentes közlekedésének biztosítása minden településen, a helyi önkormányzat fejlesztési programjainak szerves részeként.
A roma gyerekek felülreprezentáltságának megszüntetése az enyhén értelmi fogyatékos tanulók nevelésére, oktatására létesített iskolákban	A megyei Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságok egységes gyakorlatának kialakítása, elsősorban az egészségügyi kérdések tekintetében. A fogyatékosnak minősített gyermekek valós állapotának felmérése, az egyes fogyatékosági kategóriába tartozók tényleges országos arányainak megállapítása, a roma gyerekek valós reprezentációjának hiteles mérése. Egységes standardok megállapítása, kérdőívek egységes értékelésének biztosítása. A sajátos tanulási igényekkel rendelkező gyermekek fejlesztési irányainak kidolgozása, és integrálása az oktatási struktúrába.
Szűrővizsgálatok	A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok, ezen belül a romákra, hajléktalanokra irányuló fokozottabb és/vagy nagyobb kiterjedtségű szűrővizsgálatok rendszeres végrehajtása a következő területeken: tbc, hepatitis, daganatos megbetegedések (külön tekintettel a nőgyógyászati daganatos megbetegedésekre), gyermekgyógyászati szűrővizsgálatok (védőnői szolgálatok és gyermekorvosok bevonásával). Mobil szűrőállomások igénybevétele. Közlekedési költségtámogatás rendszerének áttekintése.
Mentálhigiénés támogató programok a fogyatékosokat nevelő szülőknek	Olyan akkreditált programok kidolgozása, amelyek segítik a fogyatékosokat nevelő, gondozó hozzátartozókat vállalt feladatok ellátásában, elszigeteltségük feloldásában.
Gondozó vizsgálatok a társadalomból kirekesztett lakosok, illetve a tartós bentlakást biztosító szociális intézetek lakói számára	A hajléktalanok és más leszakadó, nehezen elérhető rétegek (pl. államilag nevelt gyermekek ellátása magatartászavarok esetén) folyamatos gondozása, utókezelése elengedhetetlen. Ennek biztosítására egyrészt a hajléktalanok ellátásában részt vevő szociális munkások, másrészt a gondozásban részt vevő orvosok támogatására van szükség (a szükséges az OEP által támogatott formában). Ugyanezt a stratégiát kell követni a tartós bentlakást biztosító szociális intézetek lakói esetében, elsősorban a pszichiátriai utógondozás területén, illetve a terhesgondozás ellátórendszerének fokozottabb aktivitását motiválandó a romák körében (különös tekintettel az anyák megbetegedéseire, illetve a szülés és perinatális korszak szorosabb ellenőrzése).
Preventív egészségfejlesztő programok a társadalomból kirekesztett lakossági csoportok számára	Egészségügyi, higiénés és megelőzést szolgáló oktatóprogramok megtervezése és bevezetése a társadalomból kirekesztett lakossági csoportok részére. A roma népesség-egészségügyi önismeretének fejlesztése mellett bizalmukat is meg kell nyerni a szűrések, az egészségügyi beavatkozások iránt éppúgy, mint az orvosi szempontból indokolt

	<p>együtműködés iránt.</p> <p>Komplex családi és közösségi gondozási tervek elkészítése, a társadalomból kirekesztett lakossági csoportok és a családok körében, a családsegítő, védőnő, ápoló, háziorvos, szociális munkás, gyermekjóléti szolgálatok, kisebbségi önkormányzat, egyházak, civil és karitatív szervezetek együtműködésével.</p> <p>Fiatal szakemberek közép- vagy felsőfokú képzése, akik vállalják, hogy a lakóköznyezetben szociális munkát végeznek, együtműködve az alapellátásban dolgozó szakemberekkel.</p>
Képzési programok	<p>Az orvos és egyéb megfelelő egészségügyi képzést folytató intézmények graduális és posztgraduális képzési rendjébe illeszthető multikulturális, előítélet-mentességet (a nyílt társadalom értékrendjét), valamint az antidiszkriminációs gyakorlat megerősítését szolgáló programok kidolgozása és bevezetése. Házi orvosok és betegjogi képviselők képzése az előítélet-mentesség, társadalmi izoláció, romák sajátos problémái területén.</p>

#### *Várható eredmények:*

- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportokban a ténylegesen megbetegedettek hatékony kiszűrése és rehabilitálása (3 éven belül).
- A deprivált lakó- és lakáskörülmények, valamint tartósan deprivált szociális körülmények között élők, egészségügyi és gondozó ellátásban való részvételi arányának emelkedése (2 éven belül).
- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok esélyeinek növekedése az egyenlő, diszkriminációmentes egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez (3 éven belül).
- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok egészségmagatartásának javulása (5 éven belül).
- A fogyatékkal élők akadálymentes közlekedési lehetőségeinek javulása (5 éven belül).
- A társadalomból kirekesztett lakosok, illetve a tartós bentlakást biztosító szociális intézetek lakói számára gondozói vizsgálatok minősége számottevően javul (3 éven belül).
- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok morbiditási és mortalitási mutatóinak javulása (10 éven belül).
- A más fogyatékos kategóriában indokolatlanul diagnosztizáltak abszolút, valamint körükben a romák relatív arányának csökkenése (3 éven belül).

## **Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein**

#### *Cél:*

*A mindennapi élet színterein, a településeken, az oktatási intézményekben, a munkahelyen, valamint az egészségügy intézményeiben megvalósuljon az egészséget támogató politikai gyakorlat, hatékonyan érvényesüljenek az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés módszerei.*

- Az egészségfejlesztési terv a településfejlesztési, kistérség-fejlesztési terv szerves része legyen.
- A magyarországi iskolarendszer a tanulók egészségvédelme mellett a pedagógusok, valamint a tanulók családtagjainak egészségvédelmét és egészségfejlesztését is segítse.
- A magyarországi munkahelyek a kötelező munka-egészségügyi intézkedéseken túlmenően dolgozók egészségfejlesztésére is helyezzenek kiemelkedő hangsúlyt.
- Az egészségügyi ellátórendszer gyógyító tevékenysége mellett megelőző és egészségfejlesztési munkát is végezzen. A kórház legyen egészséges munkahely.
- Az államigazgatási, egészségügyi felsőfokú képzésben és a pedagógusképzésben, beleértve az óvodai és iskolai pedagógusok képzésének teljes vertikumát, oktassák az egészséges életmódra nevelés és egészségmegőrzés ismeretanyagát.

#### *Helyzetismertetés:*

A mindennapi élet színtereiben való gondolkodást az Egészségügyi Világszervezet több mint tizenöt évvel ezelőtt javasolta először. Magyarországon is tizenöt évre tekint vissza a színterekben való gondolkodás. Elsőként az

Egészségesebb Városok Mozgalom indult el, majd később az Egészségesebb Falvakért, az Egészségesebb Iskolákért, Egészségesebb Munkahelyekért és Egészségesebb Kórházakért Mozgalmak. Az egyes színterek tevékenysége nem volt koordinált és hiányzott az országos szintű népegészségügyi koncepció, valamint bizonytalan volt a finanszírozás.

Magyarországon jelenleg 20 város tagja az Egészségesebb Városok Mozgalmának és több mint 200 kistélepülés rendelkezik egészségtervvel. Az Egészségesebb Óvodák Hálózatban a 3522 óvodának csak egy része vesz részt, ugyanígy az országban lévő 3423 általános iskola és közel 2000 középfokú oktatási intézmény közül kevés tagja az Egészséges Iskolák Nemzeti Hálózatának. A korábbiakban elsősorban a tanulók egészségnevelése volt a cél, különböző tantárgyfejlesztések történtek. A tantárgyfejlesztés folytatása mellett kiemelkedően fontos az egészséggel kapcsolatos készségek javítása, de nem csak a tanulók, hanem szüleik és a pedagógusok körében is. A pedagógus és az orvos a helyi társadalomnak két olyan véleményformálója, akinek saját egészsége - egészségmagatartása - az egész közösség számára minta. A szülőkre, családokra kiterjedő egészségfejlesztési modellek az esélyegyenlőség irányába történő előrelépés alapkövei.

Az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesületnek 42 tagja van. A munkahelyi egészségvédelem szempontjából kiemelkedően fontosak azok a munkahelyek, ahol a munkavállaló maga is magatartásmintául szolgál, mint pl. az ÁNTSZ, avagy az önkormányzatok és intézményrendszerük (óvoda, iskola, maga az önkormányzat, kórház). Az Egészségmegőrző Kórházakért Egyesületnek 16 tagja van. A kórházi betegek családtagjai, valamint a kórházi dolgozók egészségfejlesztése nem szerepelt az eddigi célkitűzések között.

A mindennapi élet színterei között természetesen más fontos helyszínek is vannak, mint pl. a közlekedési eszközök, bevásárlóközpontok, szórakozóhelyek, vagy pl. a játszótérek, vagy a társadalom legkisebb egysége, a család. Az alprogram elsődlegesen stratégiaalkotásra törekszik és nem rövid lejáratú akciók szervezésére.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Egészségesebb Városok Mozgalom kiterjesztése	Regionális képzés és együttműködés annak érdekében, hogy valamennyi magyar város fejlesztési tervében az egészségfejlesztés is megfelelő súllyal szerepeljen. A települések egészségfejlesztési koncepciójának kialakításába vonják be a civilszférát és az üzleti szférát. A települési egészségtervek terjedjenek ki a településen lévő legfontosabb intézményekre. A Népegészségügyi Program életmód és betegségmegelőzési programjai hatékonyan jelenjenek meg.
Egészségesebb Falvak	A községek fejlesztési tervének legyen része az egészségterv. A kistérségek lehetőség szerint egyeztetett egészségterv birtokában végezzék fejlesztési tevékenységüket. A Népegészségügyi Program életmód és betegségmegelőzési programjai hatékonyan jelenjenek meg.
Egészséges „Nevelési-oktatási Intézmények”	Az oktatási intézmények tulajdonosai, üzemeltetői tegyék lehetővé, hogy az oktatási intézmények tantervében megfelelő súllyal jelenjen meg az egészségfejlesztés. Az oktatási intézmények tegyék lehetővé falaikon belül az egészséges életmód gyakorlását (közétkeztetés, mindennapi testedzés, stresszmentes környezet stb.). Az egészséges munkahely feltételrendszerét ki kell alakítani. A hátrányos helyzetű tanulók családtagjai számára is biztosítsanak az oktatási intézmények lehetőséget az egészséges életmód elemeinek az elsajátítására. A pedagógusok számára az iskola váljon egészséges munkahellyé.
Egészséges Munkahelyekért	A mozgalom szélesedjen ki. Elsősorban kormányzati, önkormányzati munkáltatók jelenjenek meg az egészséges munkahelyek körében. Munkahelyi önkéntes kölcsönös egészségpénztárak kiemelt partnerként jelenjenek meg a munkahelyi egészségfejlesztésben.
Egészségmegőrző Kórházak és Gyógyszertárak	A gyógyító munka mellett kapjon nagyobb figyelmet a megelőzés. Legyen meg az ehhez szükséges infrastruktúra és finanszírozás. Az egészségmegőrzésbe a betegek családtagjait is vonják be. A kórház legyen egészséges munkahely. A gyógyszertárakban és a gyógyszerészeti munkában kapjon nagyobb szerepet a megelőzési szemlélet.
Felsőfokú képzés	Az államigazgatásban dolgozók számára 2004-re készüljön el az

---

egészséget támogató politikai gyakorlatról szóló jegyzet. A pedagógusképzés teljes vertikumában oktassák az egészséges életmódra nevelés és egészségmegőrzés elméletét és gyakorlatát. Az egészségügyi dolgozó képzésbe kerüljenek bele a népegészségügyi megközelítés elemei és gyakorlata.

---

*Várható eredmények:*

- Az egészség és az egészségfejlesztés szempontjai a mindennapi élet részévé válnak; javul az egészség tudat és a tudatos választás képessége a lakosság körében.
- Az egészségfejlesztési programok hatékonysága nő.
- Az esélyegyenlőség elve a mindennapi élet színterein az egészség, az egészségfejlesztés tekintetében is érvényesül.
- Az egészségi állapot javul, az egészségi állapotban meglévő társadalmi demográfiai szempontok szerinti egyenlőtlenségek mérséklődnek.

## ***AZ EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD PROGRAMJAI, AZ EMBERI EGÉSZSÉG KOCKÁZATI TÉNYEZŐINEK CSÖKKENTÉSE***

### **A dohányzás visszaszorítása**

*Cél:*

*Cigarettafogyasztás évi 8%-kal való csökkentése 2005-ig, illetve a rendszeres dohányosok prevalenciájának 6%-kal (férfiaknál 35% körülire) való csökkentése 2010-ig.*

- Annak az időnek 20%-kal való csökkentése, amit egy fő passzív dohányzással „tölt”, illetve a passzív dohányzás ártalmainak csökkentése a dohányzás további térbeli korlátozásával, illetve a jelenlegi szabályok szigorú ellenőrzésével.
- A sohasem dohányzott lakosság számarányának növelése a gyermekek és fiatalok dohányzásra való rászokásának csökkentésével.
- A dohánytermékek fogyasztásának csökkentését célzó törvényi és egyéb szabályok betartatása, szigorítása az Európai Unió és az EVSZ javaslatának mielőbbi átvétele.
- A dohányzás és a dohányipar társadalmi elfogadottságának csökkentése, olyan társadalmi környezet kialakításával, melyben a nemdohányzó életmód a társadalmi norma.

*Helyzetismertetés:*

Az OLEF (Országos Lakossági Egészség Felmérés) 2000 kutatási jelentése szerint a 18 év feletti magyar férfiak 40,7%-a, a nők 26,3%-a dohányzik (rendszeresen vagy alkalmasszerűen). Az egy lakosra eső cigarettafogyasztás éves szinten 1999-ben 2400 szál/fő volt, míg az Európai Unió országaiban átlagosan 1600 szál/fő. A Fact Intézet 1999-es felmérése szerint a magyar lakosság 65%-a ki van téve a passzív dohányzás ártalmainak, átlagosan napi 270 percet töltve olyan légtérben, ahol mások dohányfüstjét szívja.

A KSH 2002 elején közzétett adatai szerint Magyarországon ma évente 28 ezer ember halála írható egyedül a dohányzás rovására. Ez körülbelül kétszer több mint ahányan alkoholizmus, kábítószer-fogyasztás, baleset, erőszakos halál, öngyilkosság és AIDS miatt összesen meghalnak. A magyar férfiak tüdőrák-halandósága a világon a legmagasabb.

Az elmúlt másfél évtizedben a férfiak körében a dohányzás előfordulása alig változott, viszont 1986 és 1999 között a női dohányzás előfordulása 30%-kal nőtt, míg a gyerekek egyre fiatalabb korban szívják el első cigarettájukat, és átlagosan 17,9 éves korban válnak rendszeres dohányossá. A CDC 1999-es budapesti adatai szerint a középiskolát elhagyó diákok majdnem fele (46%) rendszeresen dohányzik, a lányoknál a rendszeres dohányzás prevalenciája kicsivel magasabb, mint a fiúknál.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Kommunikáció	A lakosság felé történő kommunikációnak része kell legyen egy folyamatos lakossági médiatevékenység, amelyet szórólapok, honlap és zóldszám tehet a jövőben hatékonyra. Szükség van a szakemberek közötti kommunikáció mélyítésére, további képzésekre és továbbképzésekre a hatékony dohányzásellenes intézkedések megismertetésére. A kommunikáció stratégiája ki kell terjedjen a döntéshozókra is, különös tekintettel a szociális és egészségügyi, gazdasági, pénzügyi és mezőgazdasági bizottságokra.
Közösségi programok	Helyi, közösségi (szintérorientált/korspecifikus) programok támogatása, különös figyelemmel a munkahelyi programokra/munkahelyi dohányzásellenes politikákra, beleértve a kórházi átfogó dohányzásellenes programok tesztelését és bevezetését (füstmentes kórház, munkatársak segítése a leszokásban, tanácsadás a dohányos betegeknek). Az iskolákban átfogó dohányzásellenes politikák kidolgozására (tananyag alkalmazása, tanár-tréning, szülők bevonása, leszokás elősegítése) kell hangsúlyt fektetni, melyet kortársoktatókat alkalmazó módszerek, diákok által tervezett, kivitelezett, szülőket is bevonó programok, a terhes nők és kismamák dohányzásának csökkentését célzó intézkedések, roma és hátrányos helyzetű fiatalokat megcélzó programok egészítenek ki. A dohányzásról leszokást elő kell segíteni a leszokást segítő hálózat erősítésével (működésének áttekintése, reformja, marketingjének javítása, kiterjesztése az alapellátás orvosai és a fogorvosok felé).
Kutatás	Részletes kutatási terv elkészítése szükséges, mely kiterjed többek között hazai és más országokbeli akciók elemzésére, prevalencia vizsgálatokra, a területen dolgozó kulcsszereplők és dohányzásellenes tevékenységek elemzésére, dohányipari dokumentumok kutatására és azok hozzáférhetővé tételére a nagyközönség számára, a közpénzből finanszírozott közösségi programok nyomon követésére, értékelésére és eredményeik közzétételére, a dohányzással kapcsolatos törvények és egyéb szabályok betartásának nyomon követésére, a dohányzásról leszokást segítő módszerek hozzáférhetőbbé tételének kutatására, a dohányzás témakörének a tananyagokban való jelenlétére és fejlesztésére, illetve irányelvek kidolgozására az állami intézmények dohányiparral való együttműködésének szabályozására.
Egészségpolitikai célok	A dohánytermékek árának rendszeres, az inflációt meghaladó mértékű emelése és a termékdíj bevezetése a dohányzás elleni küzdelem biztos finanszírozásának eszközeként, a dohányipari reklám és szponzorációs tevékenység további visszaszorítása. A nem dohányzók védelméről szóló törvény betartásának fokozott ellenőrzése (ÁNTSZ feladat). Új címkézési szabály, a dohánytermékek kátrány és nikotintartalom csökkentése az EU szabályozásának mielőbbi részvételével, aktív részvétel a Dohányzásellenes keretegyezmény kidolgozási folyamatában és annak mielőbbi hazai bevezetése.

*Várható eredmények:*

A dohányzás visszaszorítását célzó akcióprogram, különös tekintettel a dohányzásról leszokás támogatására, a születéskor várható élettartam növelését már 10 éves távlatban is elő fogja segíteni. Egy jól szervezett dohányzásellenes kampány a dohányzásról leszokottak számát jelentősen növeli, elősegítve a dohányzással összefüggő heveny és idült betegségek előfordulásának csökkenését. 10 év alatt szintén jelentős eredmények érhetők el a dohányipari termékek forgalmának, a fiatalok dohányzásra való rászokásának és a passzív dohányzásnak kitett lakosság számának csökkenése terén.

## Az alkohol és drogmegelőzés

*Cél:*

*Az alkohol- és drogfogyasztás és az általuk okozott egészségi és szociális károk visszaszorítása és megelőzése.*

- A fejenkénti alkoholfogyasztás 2008-ig számottevő, 2012-ig lényeges csökkentése.
- Az alkohol okozta pszichoszociális problémák (elsősorban a családra és a benne felnövő gyerekekre gyakorolt káros hatások, illetve az alkohollal összefüggő balesetek) jelentős mértékű, mérhető csökkentése.
- Az ifjúsági alkoholfogyasztás előfordulási gyakoriságának és mennyiségének jelentős csökkenése. Az alkohol gyermekkori és ifjúsági kipróbálásnak lényeges csökkenése és koreltolódása a felnőttkorhoz közeli életszakaszok felé.
- A tiltott drogok fogyasztásának csökkentése.
- A drogfüggők számának szinten tartása 2008-ig, illetve csökkentése 2012-ig.

*Helyzetismertetés:*

A fejenkénti alkoholfogyasztás mennyisége jelenleg tartósan magas, mértéke növekvő tendenciát mutat. Magas továbbá az alkohol okozta, illetve alkohollal kapcsolatos halandóság és a megbetegedések aránya (különösen a májbetegségek vonatkozásában).

Az alkohollal kapcsolatos rejtett problémák (tiltott termelés, egészségre káros, rossz minőségű termékek, csempészet stb.) valószínűsíthetően gyakoriak és magas az alkohollal összefüggő balesetek aránya. Kiemelt az alkohol szerepe a kriminológiai jelenségekben.

Gyakoriak az alkohol okozta súlyos ártalmak a családban (gyermekre irányuló károsítások, válás, családi dezorganizáció stb.).

Mindezek mellett az alkoholnak központi szerepe van a hajléktalanná válásban, illetve a hajléktalanok egészségi állapotaiban.

Magas az alkoholfogyasztás előfordulása a fiatalok között, továbbá jellemző az alkoholkipróbálás korai megjelenése.

A drogfüggők - különösen az opiátoktól függők - száma és halálozása növekvő tendenciát mutat. Az amfetamin készítmények fogyasztása és az ezzel kapcsolatos szövődmények jelentkezése növekszik. Növekszik az ifjúsági droghasználat gyakorisága, jellemző a kipróbálás korai megjelenése.

Gyakori a politoxikománia, különböző függést okozó szerek rendszeres, együttes használata.

Jellemző a kezelésbevétel és a rehabilitáció infrastrukturális fejletlensége, csekély hatékonysága. Fejletlen és alacsony hatékonyságú az ártalomcsökkentés.

Viszonylagos fejletlen és csekély határfokú a kínálatcsökkentés.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Prevenció fejlesztése	Gyermekkori, illetve iskolai (elsődleges és másodlagos) megelőzés fejlesztése. „Minimális intervenció programok” működtetése az alapellátásban. Alkoholisták gyermekeinek védelmére irányuló programok működtetése. Figyelmet kell fordítani a szektákra, az antiszociális értékeket képviselő, radikális referenciacsoportokra és mozgalmakra, különös tekintettel a fiatalkori csoportok (pl. sporteseményeken botránykeltő viselkedést mutató csoportok) tevékenységére, számolva ezek alkohol- és drogérintettségével is. Az alprogram akciói a Nemzeti Drogstratégia keretében kerülnek megvalósításra és annak erősítésére törekсенek, különös tekintettel a KEF-ek fejlesztésére, az iskolai drogkoordinátor hálózatra. Orvosok és egészségügyi dolgozók, illetve társadalmi aktivisták képzése (különös tekintettel a felismerés, a motiválás és a hatékony segítő, illetve terápiás viselkedés-befolyásolás technikáit illetően). Klinikai pszichológusok (egészségpszichológusok) bevonása a megelőzésbe és az ellátásba, azok speciális továbbképzése.
Kezelőhelyek fejlesztése	A kezelés és a rehabilitáció korszerű intézményeinek kialakítása, hatékony

	<p>működtetése, javuló elérhetősége és növekvő igénybevétele (különösen a korai kezelésbe vétel elveinek megfelelően).</p> <p>Munkahelyi bázisú korai kezelésbe vétel.</p> <p>A pszichiátriai együttes előfordulásának korai kiszűrése és hatékony kezelésbevétele, különös tekintettel a fiatal problematikus ivókra.</p> <p>A kezelésbe vétel (detoxikációs, gyógyszeres, pszicho- és szocioterápiás) módszereinek széles kínálata, hatékonysági minőségbiztosítása, infrastrukturális és finanszírozási optimalizációja, különös tekintettel az ambuláns lehetőségekre.</p> <p>A Nemzeti Drogstratégia erősítése, különös tekintettel a droggal kapcsolatos tanácsadás és terápia alacsonyküszöbű szolgáltatásainak hálózatára, a drogproblémák egészségügyi ellátásának hatékonysági, illetve minőségi fejlesztésére. Civil szervezetek és önszervező struktúrák fokozott - szervezett és módszeres - együttműködése a kezelés és a rehabilitáció intézményeivel és szervezeteivel.</p>
Társadalom érzékenyítése	<p>Civil szervezetek és önszervező fejlesztése, lehetőségek bővítése.</p> <p>Ifjúsági megelőző és ártalomcsökkentő programok fejlesztése (egyház, szabadidőprogramok, életszintek - pl. plazák, munkahelyek stb.).</p> <p>Médiamunka-médiastratégia a társadalmi szemléletformálás érdekében.</p> <p>Az alkohol- és drogvisszaszorítást segítő kulturális és társadalmi mozgások, mozgalmak, folyamatok támogatása (pl. közösségi józanság), fejlesztő lélektani - különösen csoportos, közösségi - módszerek kultuszai, egészséges identitásfejlesztés (pozitív értéktartalmú hagyományok, közösségi felelősség stb.).</p>
Monitorozás fejlesztése	<p>Statisztikai adatszolgáltatás és tudományos kutatás korszerű intézményes feltételeinek megteremtése, epidemiológiai felmérések rendszeres, évenkénti végzése.</p> <p>Epidemiológiai és társadalomtudományi kutatások (pl. a droggal, az alkohollal kapcsolatos kutatóműhelyek, illetve vállalkozó társadalomtudományi intézetek segítségével).</p>

#### *Várható eredmények:*

- A program nyomán az alkohol- és a drogozta károk mérséklődnek, mert:
- a mértéktelenül, problematikus módon, illetve egészségkárosítóan ivók száma csökken, 2012-ig az alkoholisták becsült száma 500 000 alá kerül;
  - az alkoholozta megbetegedések prevalenciája 2008-ig 10%-kal, incidenciája 15%-kal csökken, 2012-re a csökkenés 20%, illetve 25%;
  - az alkoholos májbetegség miatt elhaltak száma 2008-ig 10%-kal, 2012-ig 25%-kal csökken;
  - a tiltott drogok kínálata a 2002-es szintet nem lépi túl, esetleg csökken;
  - a drogfüggők száma 2008-ban nem lépi túl a 2002-es szintet, esetleg csökken.

## Egészséges táplálkozás és élelmiszer-biztonság

#### *Cél:*

*A táplálkozással összefüggő betegségek gyakoriságának csökkentése és a lakosság egészségi állapotának javítása egészséges táplálkozással.*

- Az egészséges táplálkozás ismereteinek elterjesztése a szakemberek és a teljes lakosság körében.
- Az egészséges táplálkozás megvalósításához szükséges megfelelő mennyiségű és minőségű élelmi anyag előállítás (agrárpar) és élelmiszer-termelés (élelmiszeripar) a fenntartható mezőgazdaság és állattenyésztés, valamint környezet megóvási politikával.
- Az egészséges táplálkozás irányelveinek érvényesítése a közétkeztetésben.

- A család táplálkozásbiztonságnak megteremtése - minden gyermek számára mindig elérhető legyen elegendő mennyiségű és megfelelő minőségű táplálék az iskolai étkeztetési rendszer kiterjesztésével.
- Az ételminőség-biztonság fokozása, ételminőség által közvetített megbetegedések visszaszorítása, felkészülés az új kihívásokra.

*Helyzetismertetés:*

A világ számos országában, így Magyarországon is a táplálkozással és életmóddal összefüggő betegségeknek jelentős szerepe van a lakosság egészségi állapotának, valamint az ebből következő halálozásnak az alakulásában. Magyarországon az összes halálozás fele keringési, negyede daganatos betegségekből származik. A magyar férfilakosság kétharmada, a nők fele túlsúlyos, illetve elhízott, ehhez a táplálkozással összefüggő betegséghez kétszázszor gyakrabban társul a hipertónia, a 2. típusú cukorbetegség, a zsírsavcsere-zavara.

A táplálkozással összefüggő betegségek jelentős része megelőzhető egészséges táplálkozással. Egy Európa Bizottság számára készült jelentés szerint Európában a 65 évesnél fiatalabbak szív-érrendszeri halálozásának több mint harmada a táplálkozással van összefüggésben, feltehetően az egészséges táplálkozás ugyanilyen arányban csökkentené a keringési betegségek kockázatát. Európában a daganatos betegségek 30-40%-a lenne megelőzhető egészséges táplálkozással. Egészséges táplálkozással csökkenthető az elhízás, csonttritkulás, fogszuvasodás és a dentális erózió előfordulásának a kockázata is.

Az egészséges táplálkozással megnövelhető a betegségmentesen töltött évek száma, megelőzhető a már említett betegségek egy része, és a belőlük származó, az egyénre és a társadalomra nehezedő teher jelentősen csökkenthető. Alátámasztja mindezt, hogy az egészséges táplálkozással jellemezhető mediterrán országokban a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségekből származó halálozás fele-harmada a többi európai országban tapasztalható halálozásnak. Ugyancsak az egészséges táplálkozás fontosságát mutatja, hogy a kockázati tényezők fokozatos elhagyásával járó egészséges táplálkozás Finnországban 30 év alatt a 35-64 éves férfiak szív-érrendszeri halálozásának 65%-os csökkenéséhez vezetett. Ezek a példák azt igazolják, hogy valóban minden országban ki kell dolgozni és be kell vezetni az ételminőség- és táplálkozáspolitikát, amint azt a EVSZ szorgalmazza. Az ételminőség- és táplálkozáspolitikai elemeiből épül fel az egészséges táplálkozás alprogram.

Ismert az említett betegségek, kóros állapotok kockázati tényezőinek jelenléte a magyar lakosság táplálkozásában - túlzott energia-, zsír-, állati zsír-, koleszterin-, hozzáadott cukor és só-, valamint elégtelen ételrostbevitel, elégtelen zöldség-főzelék- és gyümölcs-, továbbá teljes őrlésű gabonafogyasztás és ismertek a megelőző, egészséges táplálkozás elvei és gyakorlata. A következő feladat: az ismeretek elterjesztése és megvalósítása az ételminőségben, csoportos étkeztetésben.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Oktatás fejlesztés	„Az egészséges táplálkozás a családban kezdődik” - védőnők és anyák oktatása a 6 hónapos korig tartó kizárólagos szoptatás szükségességéről és a megfelelő elválasztásról. Az egészséges táplálkozás alapelveinek oktatása az óvodás kortól a felsőfokú képzés végéig, kiemelten a serdülők körében és a gyermeket váró anyák számára. Az egészséges táplálkozás ismereteinek folyamatos oktatása a lakossági körében - lakóhelyi, munkahelyi és más kis közösségek révén: falvakban, községekben, városi kerületekben, elsősorban az ÁNTSZ munkatársak, védőnők, dietetikusok, tanárok, orvosok, gyógyszerészek, ételminőség-vezetők közreműködésével. Be kell vonni az egészséges táplálkozás ismereteinek elterjesztésébe az egyházakat, civil szervezeteket, önkormányzatok aktivistáit, szociális munkásokat, a Magyar Vöröskeresztet mindehhez szükség van megfelelő kiadványokra, médiatámogatásra és az ÁNTSZ koordináló tevékenységére.
Közétkeztetés fejlesztése	Az egészséges táplálkozás alapelveinek bevezetése az ételminőségbe (kevesebb zsír-, állati zsír-, koleszterin-, sótartalom; bőséges zöldség- és főzelékfelhasználás). Minden csoportos étkeztetésben legyen minden nap ún. „zöld” választék (az előbbieket szellemében).
Nemzeti Táplálkozás-politika	A megváltozó feltételrendszer figyelembevételével (EU csatlakozás) a nemzeti prioritások megjelölése és a táplálkozáspolitikai eszköztárának

	tudatos felhasználása a nemzeti célok elérése érdekében ágazatközi együttműködés keretei között. Átfogó élelmiszer-biztonsági program elkészítése és bevezetése (az egészségügy koordinációjában).
Élelmiszerek fejlesztése/címkézése	Az egészséges táplálkozást megkönnyítő, kedvezőbb összetételű (kisebb zsír-, állati zsír-, koleszterin-, só-, hozzáadott cukor-, nagyobb ételmi rosttartalmú) élelmiszerek fokozott választéka, kutatás- és termékfejlesztés az FM-mel együttműködésben. Az egészséges táplálkozáshoz szükséges információkat tartalmazó címkézés bevezetése. A választást megkönnyítő logo bevezetése, ezen élelmiszerek reklámozásának támogatása.
Monitorozás fejlesztése	Rendszeres, évenkénti elemzés (eredmények, kudarcok, tennivaló). Élelmiszer-vásárlási (makro- és mikro-) statisztikákban nyomon követhető legyen az egészséges táplálkozásban fontos változatok iránti kereslet (teljes őrlésű gabonafélék, kisebb zsírtartalmú tej és tejtermékek stb.). Elengedhetetlen a lakosság reprezentatív mintájának táplálkozási, tápláltsági vizsgálata. Ebből a vizsgálatból származó adatok szolgálnak összehasonlítási alapul az 5-10 év alatt elért eredmények értékeléséhez, legkésőbb 2003-ban el kell végezni a táplálkozási vizsgálatot. Emellett kiemelten fontos a fokozottan veszélyeztetettek vizsgálata, például a cigány lakosság táplálkozásáról még soha nem készült Magyarországon reprezentatív felmérés. Ugyanígy elkerülhetetlen az egyedül élők, az idősek, gyermekek (1-3 évesek, serdülők), valamint a hajléktalanok táplálkozási vizsgálata. Kívánatos az egészséges táplálkozás elterjesztésében közreműködő civil szervezetek aktivitásának az alprogram által történő összehangolása. Élelmiszer-biztonsággal kapcsolatos adatgyűjtés és szolgáltatási rendszerek felülvizsgálata, egységesítése, korszerűsítése.

#### *Várható eredmények:*

Az alprogram sikeres végrehajtása kapcsán a alábbi eredmények várhatóak:

- a táplálkozásban a zsírokból származó energia aránya a jelenlegi 38%-ról 33-35%-ra csökken;
- a telített zsírok energiaaránya a jelenlegi 15-16%-ról 10-12%-ra csökken;
- a hozzáadott cukorfogyasztás csökken;
- a zöldség-főzelékfélék és gyümölcsök fogyasztása a jelenlegi 300 g/nap mennyiségről (Családi Költségvetés, 2000) 400-450 g-ra nő;
- a naponta zöldség-főzelékfélék, gyümölcsöt fogyasztók aránya a jelenleginek másfélszeresére, ezekből a táplálékokból naponta háromszor fogyasztók aránya a jelenlegi kétszeresére nő;
- a teljes őrlésű gabonafélék fogyasztása a jelenlegi másfélszeresére nő;
- a kis zsírtartalmú tej és tejtermékek fogyasztása 10%-kal nő;
- a táplálkozással összefüggő betegségek okozta halálozás csökken, illetve nem növekszik;
- a 18 éven felüli lakosságban a túlsúly-elhízás gyakorisága a jelenlegi szinten marad;
- a 2. típusú cukorbetegség gyakorisága a jelenlegi szinten marad;
- a táplálkozással összefüggő súlyos betegségek okozta halálozás (keringési, daganatos) 5%-os csökkenése várható;
- a megelőző tevékenységek hatására a lakosság átlagos szérum koleszterin szintje a nemzetközi adatok alapján 7-10%-os csökkenést érhet el;
- a fél éves korig kizárólag szoptatással táplált csecsemők aránya 10-15%-kal nő a jelenlegihez képest;
- 10 éven belül a magánháztartásokban az étel- és gombamérgezési események száma 30%-kal csökken; a gyermekétkeztetésben a tömeges ételfertőzések száma 30%-kal csökken; megjelenik az iskolákban az élelmiszer-biztonsági alapelvek oktatása; megerősödik a hatósági élelmiszer-biztonsági felügyelet intézmény rendszere; a HACCP előírásai érvényesülnek;
- a tápanyaghiányos táplálkozás és táplálkozási hiánybetegségek előfordulása csökken;
- egységes szerkezetű nemzeti táplálkozás politika jön létre az adott feltételrendszer keretein belül.

## Aktív testmozgás elterjesztése

### *Cél:*

*A lakosság mind szélesebb körében kialakuljon a mozgásgazdag életmód, a testedzés szerves szükségletté váljon, a sportolás közösségi és társadalmi programként általánosan elfogadott legyen.*

- Minimum 15%-kal növelni az egész népesség körében azok számát, akik élettani szempontból kellő gyakorisággal, időtartamban és intenzitással sportolnak.
- Minimum 25%-kal növelni azon lakosok arányát, akiknek a testedzés a kellő élettani hatást ugyan nem éri el, de mégis testmozgásban gazdagabb az életmódjuk, mint jelenleg.
- Magas szintű tárcaközi együttműködés megvalósítása az egészség és annak szerves része, az egészség sport témakörben.
- A közoktatásban a mindennapos testmozgás, testedzés és a rendszeres iskolai sporttevékenység feltételeinek biztosítása a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvénynek megfelelően.
- A nappali rendszerű iskolai oktatásban valamennyi iskolatípus nevelési-oktatási programjába minden tanuló számára épüljön be a testnevelés mindennapos elméleti és gyakorlati oktatása.
- Folyamatos és széles körű tájékoztatás a médiában a rendszeres testedzés, sportolás fontosságáról, előnyeiről, elérhetőségéről.
- A szabadidősport bármely korosztály és valamennyi társadalmi réteg számára legyen elérhető az országosan megfelelő számú és minőségű sportlétesítményekben.

### *Helyzetismertetés:*

Az egészségi állapotot meghatározó főbb életvezetési stratégiák központi elemei: az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás, a káros szenvedélyektől való mentesség, a kellő és megfelelő minőségű pihenés. A rendszeres testmozgás, testedzés, sportolás élettani és pszichológiai fontosságát mindenki ismeri és elismeri. A mozgásszegény életmód egészségi kárát nemcsak tudja, hanem előbb-utóbb majdnem minden ember érzi is. Mégis a népesség szabadidős fizikai aktivitása átlagosan alig haladja meg a napi tíz percet. A felnőttek nem egészen ötödrésze sportol kisebb-nagyobb rendszerességgel. Természetesen, aki rendszeresen edz, mozog az a fizikai és szellemi teljesítmény növekedésével egyformán ismerkedik.

A TÁRKI felmérése (1998.) szerint: „A tudatos testmozgás még nem terjedt el a lakosság körében. A legkevésbé az aktív keresők közül mozognak. Tíz felnőtt dolgozó ember közül hat sem hétköznap, sem hétvégén nem mozog - nem sétál, kirándul vagy sportol. Egyértelmű lineáris összefüggés van az iskolai végzettség és a tudatosan végzett sportolás között. Az adatok szerint a kisvállalkozók és mezőgazdasági munkások zsákmányolják ki a szervezetüket az átlagnál nagyobb mértékben, s ebből a szempontból még nagyobb a veszélyeztetettségük a férfiaknak.”

Az aktív testmozgásban gazdag életmód még a védelmi szféra gyakorlatában sem tölti be fontos és szükséges szerepét, amit mi sem bizonyít jobban, mint a honvéd egészségügyi statisztikákban megjelenő szív és keringésrendszeri, valamint mozgás és támasztó szervrendszeri (gerinc) megbetegedések civil szféránál magasabb száma.

Az ügyeleti és szolgálati rendszerben dolgozók körében (pl. katonák, rendőrök, egészségügyi dolgozók stb.) jelentős hangsúlyt érdemel az egészséges életmód, ugyanis a szolgálati feladatok ellátása fokozott fizikai és szellemi megterheléssel járó rizikófaktoroként jelentkezik. Ennek egyik bizonyítéka, hogy a katonák születéskor várható átlagélettartama békeidőben is alacsonyabb, mint a civil lakosságé.

A passzív életmód kialakulásában az életszínvonalal összefüggő szabadidőhiány játsza az egyik főszerepet. Nem elhanyagolható azonban, hogy nem megfelelő a testmozgásra való szocializáció rendszere. Nem kielégítő az egészségügy és a sport állami szervezetei közötti együttműködés. A sportpolitika - tettekben - még ma is élsportorientált. A szabadidősport kínálatban szélesedett, de finanszírozása a korábbiakhoz képest is visszaesett. A testedzésben gazdagabb életmód, a szabadidősport, az egészség sport bemutatása majdnem hiánycikk a magyar médiában. Elégtelenek az iskolán kívüli diáksport lehetőségek. Gyakran sportág és teljesítmény központú az iskolai testnevelés oktatás. Az egészséges életmód megfelelő oktatásához és neveléséhez módosítani szükséges a testnevelő tanárképzést.

### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

---

Feladatok	Szükséges akciók
-----------	------------------

---

Együttműködés fejlesztés	Az ágazatközi-kormányzati, nonprofit és az üzleti szféra rendszeres és megfelelő együttműködésének kialakítása és fejlesztése a lakossági testedzés, sportolás színterein. Ezen belül elhanyagolhatatlan a kormányzat tárcaközi - egészségügy, oktatás, ifjúság és sport, környezetvédelem, honvédelem, terület- és településfejlesztés, média, mezőgazdaság, családügy stb. - közös és összhangban végzett munkatevékenysége.
Oktatás, képzés bővítése	A közoktatásban a mindennapi egészségfejlesztő testmozgás és sportolás - testnevelés - feltételeinek megteremtése: több szakember, több sportlétesítmény. Mindkettő forrásokat és szemléletváltoztatást igényel. A többségében teljesítmény-centrikus testnevelés oktatás és többnyire az olimpiai élsport utánpótlását képző sportegyesületek tevékenységének változtatásához a testnevelő, a sportági edző és a sportoktató képzés újragondolása szükséges. Többek között a szakember képzésnek legyen kellő arányban és megfelelő minőségben része az életmódsportágak, valamint a gerinc egészségéhez szükséges tartásjavító torna ismerete és alkalmazni tudása (lásd mozgásszervi betegségek alprogram). A testnevelés órában a rendszeres életmódsportokat örömmel, kis sikerekkel gazdagítva, növekvő önbizalmat táplálva végeztessék a pedagógusok a sportági szakértelmük mellett. A bármely szintű pedagógus képzés elhagyhatatlan része kell legyen az egészség és a rendszeres testedzés. A mindennapi egészségfejlesztő testmozgás megvalósítására a 2002/2003-as tanévben újabb pályázat az ESzCsM, GyISM, OM, valamint a KOMA részvételével, az eddigi tapasztalatok alapján a legjobb módszerek felkínálásával. Majd a 2004. évi költségvetésben a rendszerszerű finanszírozás megkezdése, 2012-ig fokozatosan kiterjesztve minden iskolára. Ezzel a folyamattal párhuzamosan a hiányzó szakmai és tárgyi feltételek fokozatos megteremtése az OM és a GyISM együttműködésében. Fontos a nappali iskola-rendszerű szakképzésben folyó testnevelés is. Ügyeleti és szolgálati rendszerben, de különösen a védelmi szférában történő munkavégzés sajátos következményeinek megfelelő szakemberek képzése és rendszerbe állítása.
Egészségügy szakembereinek képzése és továbbképzése	Az egészségügy - különösen az alapellátás - szakembereinek - például „pontoszerző rendszerű” - képzése és továbbképzése a szinte kizárólagos gyógyítástól, jobbik esetben a megelőzéstől az egészségfejlesztésig és ennek elhagyhatatlan alkotórészéig a rendszeres testedzés, sportolás alapismeretéig. Az iskolaorvosi hálózat képviselőinek megerősítése a megelőzés egyik fő tényezőjével, a rendszeres testedzéssel. Az egészségügy szakembereinek felelőssége van a döntéshozók befolyásolásában annak érdekében, hogy tudatosítsák tevékenységük fontosságát, illetve a média számára folyamatos hírértékű szakmai tájékoztatást nyújtsanak.
A médiával, azaz az írott és elektronikus sajtóval szoros együttműködés	A társadalom értékrendjében a testkultúra megfelelő hangsúlyozása a média segítségével. A politikai döntéshozók után a média a következő véleményformáló egy ország lakosságának az egészségesebb életmód választásakor. Az országos, de különösen a helyi média támogatása szakszerűbben és folyamatosan szakanyagokkal, hírekkel, a lakosság számára is érthető szakemberek üzeneteivel. Sokkal, de sokkal gyakrabban szükséges szabadidősport példák és minták bemutatása, ismertetése.
Sportlétesítmények minőségi és mennyiségi fejlesztése	A sportlétesítmények fejlesztése elsősorban pénzigényes. Általában lehet helyi pénzforrást szerezni szinte minden lakóhelyszínen. A nagyobb anyagi forrásigényű kerékpárúttól, tanuszodától, a „csak vizesblokk - öltöző, zuhanyzó - felújítástól” kezdve az egyszerű tornaszobáig vagy a „természet a sportlétesítmény”-ig indítható a bővítés. Fontos a különböző pályázatok minél szélesebb körben való megismertetése és a pályázatokon való részvétel ösztönzése.
Fogyatékosok támogatása	Növelni kell azon fogyatékos polgárok számát, akik rendszeresen végeznek testedzést. Ezért minden testnevelő ismerje a fogyatékosok

	sportmozgásainak speciális ismérveit, legyen képes szakszerűen foglalkozni az integráltan tanuló fogyatékos diákokkal vagy tudja a fogyatékosokat megfelelő szakemberhez irányítani. A sportági szakedzők tanulmányaik során sajátítsák el a speciális és adaptált sportágakkal kapcsolatos alapismereteket.
A Nemzeti Program alprogramjaival közös monitorozás	A lakosság egészségi állapotának fontosabb jellemzőiben - az edzettségi állapotában és fizikai teljesítőképességében - bekövetkezett változásokat mérő indikátorrendszer működtetésével történő monitorozás elhagyhatatlan. Már ismert és az EU felé haladva nemzetközileg is elfogadott - valamint a teljes korú lakosság számára kidolgozott - indikátorrendszerrel történő mérés és összehasonlítás szükséges a cél megvalósítása érdekében.

#### *Várható eredmények:*

- A lakosság egyre gyakrabban a mozgásgazdagabb életmódot választja, a testedzés és a sportolás közösségi és társadalmi program lesz kortól függetlenül (iskolán kívüli testedzéstől a nyugdíjas táncházig).
- A munkahelyi munkaadók és munkavállalók egészségük megőrzésében érdekeltnek lesznek, s így tesznek is érte.
- Kevesebb lesz össznépszerű szinten az iskolai hiányzások, illetve a munkavállalók betegállományban töltött napjainak száma.
- A mindennapi egészségfejlesztő testmozgás - folyamatos bővítéssel - 10 év múlva jelen lesz a közoktatásban, illetve minimum sportolási lehetőség szintjén a felsőfokú oktatásban is.
- A mindennapi testedzés a haderő reform befejezésére általánossá és hatékonyabbá válik a honvédelmi szféra gyakorlatában.
- NAT és kerettanterv újragondolás után módosul.
- A testnevelők, a rekreációs szakemberek, a sportoktatók és sportági edzők képzése, felkészültsége megfelelő lesz a megnövekedett lakossági testedzés- és sportigények kielégítésére.
- Az egészségügy, különösen a sportegészségügy és az alapellátás szakemberei - családorvos, iskolaorvos, honvédorvos, védőnő - rendelkeznek az egészségfejlesztéshez szükséges ismeretekkel és feltételekkel.
- Rendszeresen és folyamatosan az írott és az elektronikus sajtóban elegendő szabadidősport-üzenet jut el a teljes lakossághoz.
- Szám szerint mérhetően nagyobb számú lesz a szabadidősportra alkalmas létesítmények, a szabadidősport egyesületek és szabadidősport versenyek választási lehetősége. Ezen belül az oktatási intézmények sportlétesítményeinek reggeltől estig való kihasználása önkormányzati és helyi - egyéni támogató, civilszervezet stb. - segítséggel is elegendő lesz.
- Egészségesebb, jobb közérzetű lakosság lesz nagyobb létszámban az országhatáron belül.

## Közegészségügyi és járványügyi biztonság

#### *Cél:*

*Elsődleges megelőzéssel az egészséges (élet)évekért és a biztonságosabb, hosszabb életért.*

- A közegészségügyi biztonságot veszélyeztető rendkívüli események (beleértve terrorgyanús cselekvéseket is) hatásainak gyors felismerésére és hatékony megakadályozására alkalmas gyors reagáló képesség feltételeinek megteremtése (a már működő rendszerekre építve) az ÁNTSZ-ben.
- A veszélyes vegyi anyagok okozta egészség- és környezetkárosító hatások megelőzése, az ún. kémiai biztonság megerősítése.
- A radioaktív sugárforrások egészségkárosító hatásainak megelőzése, az ún. sugárbiztonság megerősítése.
- A biológiai veszélyhelyzet monitorozására szolgáló felügyeleti rendszer kialakítása, a mikrobiológiai és/vagy biológiai fenyegetettség időben történő felismerése, a veszély gyors elhárítása.
- A munkahelyi egészségkárosodások megelőzése.
- Ipari létesítmények lakosságot veszélyeztető egészségkárosító kockázatának gyors becslése, kezelése, kommunikálása.
- A közegészségügyi biztonságot támogató információs rendszer kifejlesztése és működtetése.

## *Helyzetismertetés:*

### *Akut hatások, rendkívüli események - gyors reagálás*

Az emberi egészséget súlyosan károsító váratlan események száma világszerte aggasztóan emelkedik.

Az elmúlt 20 évben a természeti katasztrófák miatt csaknem hárommillió ember halt meg. 1990 óta hatmillió ember hunyt el fegyveres konfliktusokban és az ezekhez kötött betegségek globális mérete szembetűnően növekszik. Minden egyes évben, az ENSZ öt tagállama közül egy nagyméretű krízissel néz szembe (EVSZ/EURO, 2002). A munka világában a balesetek száma évente 120 millió, közülük 200 000 halálos kimenetelű (mintha naponta 2-3 óriás utasszállító repülőgép zuhanna le). Mindezekhez - újabban - világszerte csatlakoznak az éhínség, a több 10 millió ember megbetegedését, a közel 2 millió gyermek halálát okozó szennyezett élelmiszer fogyasztás, a pusztító fertőző megbetegedések (HIV/AIDS, tuberculosis, malária), a tömeges csecsemő- és anyai mortalitás mellett a legkülönbözőbb kóroki tényezőt alkalmazó terrorista cselekmények.

Magyarországon ezidáig elsősorban természeti csapásokkal (árvíz, földrengés) lehetett számolni, de mindinkább szembe kell néznünk a tömeges vagy nagyszámú egyedi munkabaleset, pusztító erejű fertőző betegségek (pl. HIV/AIDS, tuberculosis vagy más 3., 4. kategóriás kóroki tényezők okozta megbetegedések) előfordulásával, a terror- vagy terrorgyanús cselekményekkel, vagy az illegális kereskedelem révén az országba jutó különlegesen veszélyes tényezők (betiltott anyagok, sugárforrások) okozta egészségkárosító hatásokkal, továbbá a nagy fogyasztói létszámot egyidejűleg érintő élelmiszer-fertőzéssel, élelmiszer-mérgezéssel.

E tényezők jelentőségét támasztják alá:

- Környező országok egy részének kedvezőtlen járványügyi helyzete, fertőző betegségek behurcolása, a globális légi közlekedés elterjedése turizmus révén, járványok „exportja”, ritka, vagy kevésbé ismert, vagy új kórokozók megjelenésével új típusú fertőzések.

- Határok megszűnése, áruk szabad áramlása, szabad kereskedelem következtében közegészségügyi kontrollon „átszűrő” veszélyes anyag, sugárzó anyag termék „piacon” megjelenése.

- Globalizáció - nemzetközi élelmiszer-ellátó hálózatok megerősödése „harmadik” országból származó anyagok, termékek stb. „piacon” megjelenése, a lakosság, fogyasztók veszélyeztetése.

- Kemizáció térhódításával, a környezetszennyezéssel (ún. észrevétlen szennyezésekkel) összefüggő, ok-okozati összefüggésében nem kielégítően bizonyított megbetegedések jelentkezése, és az ezekkel kapcsolatos orvoshoz fordulás az egészségügyi ellátórendszer terheinek következményes növelése).

- Civilizációs, technológiai okokra visszavezethető új, kevésbé ismert kockázati tényezők (pl. génmanipulációs eljárások, biológiai növényvédelem, klónozás) megjelenése.

- Rezisztens baktérium törzsek elterjedése a helytelen antibiotikum használat miatt.

A váratlan események jelentősége, hogy következményeik összetettek, másrészt esetenként (pl. terrorcselekmény esetében) ezek okai azonnal nem ismerhetők fel, harmadrészt, hogy az események következményei (de okainak felderítése is) az egészségügytől azonnali reagálást követelnek; ennek késedelme vagy szakszerűtlensége tömegesen vezet elkerülhető halálokhoz, súlyos, maradandó egészségkárosodáshoz. Az egyetlen vagy több veszélyes tényezővel fenyegető rendkívüli eseményekre való gyors reagálás és az erre való - intézményes, műszeres, humán erőforrás ellátás - felkészülés közegészségügyi biztonságunk szempontjából kiemelt jelentőségű. Az érintett egészségügyi hatóságok gyors reagáló képességének megerősítését az EU elvárja, és az EVSZ - továbbá más ENSZ szervezetek - kiemelten ajánlják.

### *Ismételt, idült, késői hatások - elsődleges megelőzés*

Jóllehet a környezetünkben ismételten vagy rendszeresen ható fizikai (pl. radioaktív sugárzás, zaj, rezgés), kémiai (különböző veszélyes vegyi anyagok), biológiai (pl. vírusok, baktériumok) stb. kóroki tényezők, vagy a fokozott fizikai vagy lelki megterhelés, illetőleg igénybevétel következményei nem olyan látványosan hatnak, mint a gyors reagálást igénylő rendkívüli események, népegészségügyi jelentőségük az előzőekét sokszorososan felülmúlja.

A munka világának évenként 58-150 millió részt vevője szenved el foglalkozási megbetegedést; az egyéb (a munka világán kívüli) az elfogadhatatlan higiénés körülmények miatt keletkező megbetegedésekről nincs kielégítő pontosságú statisztika. Magyarországon a bejelentett foglalkozási eredetű megbetegedések száma nem éri el az 1000 főt sem, de tudjuk, hogy ezek valós száma évente 7000-10 000 lehet. Nemzetközileg elfogadott adatokkal számolva a foglalkozási eredetű daganatos megbetegedések száma Magyarországon 1200-1400/év, és ismeretes az is, hogy a rosszindulatú elfajulások 75-85%-a környezeti kóroki tényező hatására alakul ki (ez a 33 000 eset magyarországi rosszindulatú betegség okozta halálok közül 25 000-28 000-ért felelős). Európában az élelmiszerekkel, táplálékokkal terjedő megbetegedések évente 130 millió embert érintenek. E helyütt csak utalunk a szegénység betegségeire, a

környezeti allergének, a rossz minőségű ivóvíz, a nem biztonságos élelmiszerek, a nem elfogadható sugárszennyezettség, a kemizáció káros hatásainak elégtelen megakadályozása (a nem kielégítő kémiai biztonság), a szennyezett levegő, a nem megfelelően kezelt hulladékkal szennyezett talaj stb. okozta betegségek tömegére. Megjegyzendő, hogy ma mintegy 15 millió vegyi anyagot regisztrálnak a világon, közülük mintegy 110 000 kereskedelmi forgalomban van. Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) szerint minden egyes (veszélyes) vegyi anyag legalább egy megbetegedés kóroki tényezője; vagyis ma a vegyi anyagok potenciálisan több megbetegedésképesítést idézhetnek elő, mint az eddig ismert kóroki tényezők összesen. Keveset tudunk a veszélyes vegyi anyagok a ma elfogadott határértékek alatti szennyezettségi szintjeinek betegségeket okozó hatásairól, a kis dózisban szervezetbe jutó vegyi anyagoknak a nem fertőző betegségek (pl. szívérrendszeri megbetegedések) gyakoriságát növelő hatásáról. Tudjuk azonban, hogy újabban számolnunk kell ezek immuntoxikus, IQ-ra kifejtett, endokrin szabályozást romboló stb. hatásaival is.

*Az ÁNTSZ szerepe a közegészségügyi biztonság fenntartásában*

Mindezek megelőzésével kapcsolatos közegészségügyi tevékenységeket állami feladatként az 1991. évi XI. törvény értelmében az ÁNTSZ végzi.

A közegészségügyi biztonság megvalósításának a népegészségügyi program keretében való szerepeltetését a következő szempontok indokolják. Az EU jogharmonizáció eredményeként olyan új jogtárgyakat vezettünk be a magyar jogrendszerbe, amelyek hatékony megvalósítása (jogalkalmazás és jogérvényesítés) önmagában felér egy megelőzési program sikeres végrehajtásával. Noha az ÁNTSZ munkatársainak kötelessége ezen jogtárgyak megvalósulásának ellenőrzése, az ellenőrzés csak megfelelő infrastruktúra és kellő ismeretek birtokában lehet hatékony.

Ennél fogva tehát meghatározó jelentőségű népegészségügyi érdek, hogy az ÁNTSZ kapja meg azt az ezideig figyelmen kívül hagyott, elsősorban képzést igénylő támogatást, amely ahhoz szükséges, hogy egy valóban elsődleges megelőzési program révén nemcsak a születéskor várható életévek, hanem a születéskor várható egészséges életévek ma példátlanul alacsony értéke (<60 év - EVSZ/Euro, 2002) végre jelentősen növekedni kezdjen.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Intézményfejlesztés	<p>A kémiai, biológiai vagy fizikai veszélyeztető tényezők időbeni észlelésére és azonosítására, valamint a következményes esetek gyors és megbízható meghatározására és diagnosztizálására szolgáló kapacitások kialakítása, a már működő rendszerekre építve, a hosszú távú fenntarthatóság szem előtt tartásával.</p> <p>A veszélyhelyzetek esetén</p> <p>(i) az ÁNTSZ-en kívül eső egészségügyi feladatok, pl. betegszállítás, elhelyezés (izolálás, karantén) elhunytakkal kapcsolatos feladatok ellátásának speciális feltételei, az egészségügyi szakszemélyzet, a gyógyszerek és a szükséges eszközök elérhetőségét biztosító egészségügyi szolgáltatók, gyógyszer- és eszközlaktárak adatbázisának,</p> <p>(ii) továbbá a járványos betegségek (az ún. mikrobiológiai) veszélyhelyzet kezelésére multidiszciplináris készenléti/operatív/szakértői egység létrehozása.</p> <p>A gyors reagálás politikájának kötelezően megoldandó feladatainak jogszabályban való rögzítése.</p>
Szakmai, módszertani fejlesztés, adatgyűjtés, monitorrendszerek	<p>A gyors reagálás szakmai-módszertani megalapozása: a riasztási lánc, eljárásrendek megalkotása, a szakszerű mintavétel (ismeretlen minta, kémiai, biológiai vizsgálatok céljára szolgáló minták), szállítás (kémiai, mikrobiológiai, sugárszennyezett vagy ismeretlen minták), feldolgozás, eredményközlés, intézkedés protokolljainak, módszertani anyagainak kidolgozása.</p> <p>A veszélyhelyzetek (beleértve a terrororganus eseményeket is) kezelését és a veszélyhelyzetre adott válasz többi hatósággal, szolgáltatóval való</p>

	<p>koordinációját elősegítő, azt az egészség szempontjából vizsgáló irányelvek és szabályok megalkotása és terjesztése, súlyos és nagy veszélyességű járványos betegek (turisták, üzletemberek stb.) országhatáron történő kiemelése, az illegálisan az országba jutó veszélyes anyagok, sugárforrások elleni intézkedések jogszabályi előírásainak kidolgozása; az országhatáron mindezen veszélyek kiszűrésére alkalmas figyelőrendszerek kiépítése. Átfogó járványügyi biztonsági program kidolgozása (beleértve a környező országokban, a régióban felbukkanó járványok elleni védekezést szolgáló intézkedéseket).</p> <p>A kémiai biztonsági nemzeti profil korszerűsítése és a levonható következtetésekre alapozott nemzeti kémiai biztonsági akcióprogram kidolgozása.</p> <p>Ipari létesítmények környezet-egészségügyi veszélyességének felméréséhez szükséges szakmai, módszertani felkészülés.</p> <p>A munkaegészségügy nemzeti (ún. ország-profil) kidolgozása az ILO-EVSZ-Euro útmutatása alapján.</p>
Képzés, készségek	<p>Képzések, továbbképzések különös tekintettel a veszélyhelyzetekkel kapcsolatos ismeretek, működés, szakmai algoritmusok oktatására, megismertetésére</p> <p>(i) az ÁNTSZ érintett munkatársainak,</p> <p>(ii) a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok szakembereinek,</p> <p>(iii) a sugárvédelmi társhatóságok érdekelt személyzetének. A közegészségügyi biztonság fokozása végett mind az ÁNTSZ munkatársak, mind a társhatóságok munkatársai részére kidolgozandók és megvalósítandók a szakirányú szakképzés elvárásai, valamint az ismeretellenőrzéssel összekapcsolt folyamatos továbbképzés; ezt a munkát az ÁNTSZ irányítja.</p>
Kommunikáció (szakmai, lakossági, média)	<p>Táplálkozási ajánlások nagy példányszámú terjesztése (élelmezés-egészségügyi, háztartásban alkalmazandó eljárások, tanácsok). Élelmiszer-, kémiai biztonsági, sugár-egészségügyi és járványügyi ismeretek terjesztése kis közösségekben (civil szervezetek, falvak, városi kerületek), élelmiszer-, kémiai biztonsági, sugár-egészségügyi és járványügyi alapelvek oktatásának kötelező bevezetése az iskolákban (kötelező oktatás, illetőleg középiskolák) és a szakemberképzésben. Lakossági felvilágosítás az ipari tevékenységből eredő környezeti és egészségi veszélyforrásokról, a lehetséges káros hatásokról, a megelőzésről.</p>
Szervezet, koordináció	<p>Az ÁNTSZ szerkezetének korszerűsítése (OTH, városi intézetek megerősítése, a megyei intézetek és országos központok, regionális decentrumok racionális működtetése, átalakítása).</p> <p>Egészségügyi ellátórendszer minőségi kontrolljának kialakítása, ennek jogszabályi rögzítése.</p>

#### Várható eredmények:

- A „gyors reagálás” politikájának kidolgozása, bevezetése és széles körű ismertetése, a gyors reagálás jogszabályban való rögzítése.
- Az infrastrukturális fejlesztésekkel az ÁNTSZ gyors reagáló képessége, a kémiai, biológiai, fizikai (sugár) veszélyeztető tényezők észlelésének és azonosításának stratégiája, gyakorlati eljárása kialakul, és lehetővé válik a következményes események gyors és megbízható meghatározása, diagnosztizálása.
- A betiltott sugárforrások és veszélyes anyagok országba jutásának a határon történő felismerése, megakadályozása és biztonságos kezelése.
- A fertőző betegségek előfordulásának további csökkentése. A járványok gyors felismerése és lokalizálása, a külföldről behurcolt fertőző betegségek gyors felismerése és a hazai terjedés megakadályozása. A nosocomialis fertőzések népegészségügyi jelentőségének megismerése, a higiénés-infekciókontroll ajánlások és protokollok alkalmazása révén eredmények a megelőzésük terén. Az EU-ban működő járványügyi felügyeleti rendszerrel harmonizáló hazai gyors reagáló rendszer működtetése.

- A gyermekek, fiatal szakemberek a kötelező oktatás, illetőleg a felsőfokú képzés során megismerik a kémiai biztonság legfontosabb elveit, illetőleg alkalmazni tudják annak politikáját.
- Csökken a lakosság rendkívüli eseményekkel szembeni félelme, javul a biztonságérzete, pszichés komfortja.
- Az ÁNTSZ - partnerségben valamennyi érintett szakterület felügyeletével - érvényt szerez a közegészségügyi (beleértve: a járványügy, környezet-egészségügy, munkaegészségügy, kémiai biztonság, élelmiszer-biztonság, sugáregészségügy területeit) biztonság területén a magyar jogrendbe (az egészségügyi tárca „első szerzőségével”) átültetett 141 EU irányelvnek, határozatnak, rendeletnek, ajánlásnak. Ezáltal a következő öt évben már nem növekszik tovább a környezeti eredetű allergiás megbetegedések száma, 10%-kal csökken a munkahelyi eredetű mozgásszervi megbetegedések gyakorisága; 5 éven belül 85%-ra növeljük a sikeresen kezelt tbc-s betegségek arányát; 2010-ig a jelenlegi 32,5/100 000-ről 15-20/100 000-re csökkentjük a tbc-s betegségek gyakoriságát; 10 éven belül 10%-kal csökkentjük a környezeti, munkahelyi eredetű és az életmódból származó veszélyes anyagok, fizikai kóroki tényezők okozta cardiovascularis megbetegedések gyakoriságát; 10-25 éven belül pedig 10-25%-kal a környezeti eredetű (beleértve az élelmiszer-szennyezettséget is) daganatos betegségek gyakoriságát. A környezeti tényezők okozta daganatok esetében a kóroki tényező szervezetbe hatolása és a rosszindulatú elfajulás (daganat) megjelenése között eltelt időszak - ún. latencia periódus - 10-40 év; ezért az első értékelhető eredmények legkorábbi időpontja a program indítása utáni 10. év.

## Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram

### *Cél:*

*Az egészséget támogató környezet kialakításának elősegítése oly módon, hogy a legfontosabb környezet-egészségügyi problémák áttekintését, rangsorolását követően ezek országos, regionális és helyi szinteken történő megoldásával hatékony megelőzési prevenciók rendszer működőképessé válhasson.*

- Az allergiás légúti megbetegedések gyakoriságának csökkentése és a lakosság egészségi állapotának javítása a biológiai allergének koncentrációjának csökkentése révén.
- Lakott területek talajszennyezettségi viszonyainak és a hulladéklerakók környezetkárosító hatásainak elemzése és intézkedési javaslat az ép viszonyok helyreállítására.
- Azbesztartalmú szigetelést tartalmazó épületek felderítése, az azbesztmentesítés sürgősségének elbírálása, az azbesztbontások kivitelezése.
- Dioxin térkép elkészítése, dioxin mintabank létrehozása.
- A klímaváltozás globális hatásaihoz történő humán adaptáció elősegítése, a klímaváltozással összefüggésbe hozható halálazások, megbetegedések csökkentése.
- A rekreációs célú vízhasználatokkal valamint az ásvány- és gyógyvizekkel kapcsolatos higiénés biztonság fokozása.
- Elektromágneses környezetfelmérési program és expozíciós adatbázis létrehozása.
- Lakosság radon-expozíciótól származó kockázatának becsüléséhez, ezen belül az ország radontérképének elkészítéséhez szükséges vizsgálatok megtervezése, a mérési módszerek kidolgozása és a kivitelezés előkészítése.
- Zajtérkép elkészítése, különös tekintettel a nagyvárosok és közlekedés szempontjából túlterhelt területek, valamint a zajra, vagy folyamatos zajterhelésre különösen érzékeny gyermek és ifjúsági csoportok által kiemelten fontos területeken (óvodák, iskolák, játszóterek).

### *Helyzetismertetés:*

A Nemzeti Környezetvédelmi Program alprogramjaként 1997-ben indult - a 2. környezetvédelmi és egészségügyi miniszterek Konferenciája (Helsinki, 1994.) deklarációjában megfogalmazott ajánlások nyomán - a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram. (A Programot az Országgyűlés 1997-ben 6 évre fogadta el.) Alapvető célkitűzése a lakosság egészségi állapotának javítása, az egészséget támogató környezet kialakításának elősegítése; a legfontosabb környezet-egészségügyi problémák áttekintése, rangsorolása és a megoldási lehetőségek országos, regionális és helyi szinteken történő áttekintése; az egészség megőrzését biztosító környezet kialakítása érdekében konkrét akciók, finanszírozható projektumok kidolgozása volt. A Nemzeti Környezetvédelmi Program második hat éves terve elkészült, melyben megfogalmazódtak-e programhoz kapcsolódó - Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram feladata is.

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja keretében a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram tapasztalatai, eredményei figyelembevételével - kiemelt szerepet szánva a kisebb-nagyobb helyi közösségeknek, önkormányzatoknak - új kihívások, programok kialakítására van szükség. A Nemzeti Környezetvédelmi és a Nemzeti Programban meghatározott Akcióprogramok egymás kiegészítését szolgálva kívánják a kitűzött eredményeket elérni. Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja keretében a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram alapjául a fenntartható fejlődés diktálta követelmények biztosítása szolgál.

A 2002 augusztusában és szeptemberben Johannesburgban megtartott Világkonferencia és Föld-csúcs kiemelten, mint stratégiai elemmel foglalkozott a fenntartható fejlődés kérdéseivel. A megvalósításban a közegészségügy feladata: a vízzel kapcsolatos megbetegedések előfordulásának mérséklése érdekében a biztonságos ivóvízellátásban nem részesülők számának felére csökkentése 2015-ig; a vízszennyezés intenzív megelőzésével csökkenteni kell az egészség veszélyeztetését és védeni kell az ökoszisztémákat; csökkenteni kell az egészségkárosító környezeti hatásokat, figyelembe véve a gyermekek sajátos igényeit, valamint a szegénység - környezet - egészség közti összefüggéseket; csökkenteni kell a levegőszennyezettségből eredő légzőszervi megbetegedéseket, különös tekintettel a nőkre és a gyerekekre; mérsékelni szükséges a környezeti és a munkahelyi vegyi expozíciót; támogatni szükséges a PIC és a POP konvenció végrehajtását; valamint jelentős szerepet kell biztosítani a Bahía de los Angeles deklaráció alapján a vegyi anyagok kezelésének IFCS vezette stratégiai vonalának és erősíteni kell a vegyi anyagok és hulladékok tudományosan megalapozott kockázatbecslését az emberi egészség, a vízbázisok, a betegségvektorok, a biodiverzitás és az ökoszisztémák szemszögéből.

A nemzetközi tapasztalatokkal megegyően az egészségre káros anyagok 70%-a élelmiszerrel, 10%-a vízzel, 20%-a levegővel jut a szervezetünkbe. Az elmúlt években az ipari termelés visszaszorulásával, a háztartások fűtőkorszerűsítése révén jelentősen csökkentek a fűtési eredetű ipari és lakossági kibocsátások, ugyanez a közlekedési eredetű szennyezés esetében nem volt tapasztalható.

A magyar lakosság körében az allergiás megbetegedések gyakorisága évről évre emelkedik, a legsúlyosabb problémát a parlagfű pollenje okozza.

A lakosság vezetékessé vízzel való ellátottsága csaknem teljes körű, az ivóvíz minőségi paraméterei azonban számos településen nem felelnek meg az érvényes hazai határértékeknek (pl. nyersvíz nitráttartalma, a természetes eredetű arzénfeldúsulás).

A folyóvizek egyes szakaszai fürdésre nem alkalmasak, az állóvizek vízminősége megfelelő.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Talajelemzés	A települések talajszennyezettségi viszonyainak vizsgálata az egyes régiókhoz tartozó megyeszékhelyen/városokban, különös tekintettel a városközpontokra és a jelenlegi/volt ipari területek lakókörnyezetére.
Azbesztmentesítés	Azbeszttartalmú szigetelést tartalmazó épületek felderítése, az azbesztmentesítés sürgősségének elbírálása, az azbesztbontások kivitelezése. (Megjegyzés: a feladat csak az ország Dunától keletre eső részét érinti, tekintettel arra, hogy a Dunántúl felmérését a KöM elvégezte.)
Dioxin térkép elkészítése, dioxin mintabank létrehozása	Környezeti és biológia minták elemzése reprezentatív környezeti és humán biológiai minták (környezeti mintabank) létrehozása. [A dioxinok és dioxin toxicitású vegyületek meghatározása alapvetően azért szükséges, hogy a magyarországi helyzet összevethető legyen az európai és fejlett országok viszonyaival, továbbá Magyarország területén a dioxin szennyezettség történeti alakulása követhetővé váljon (Magyarország dioxin-térképének elkészítése). Az említett vegyületek mennyiségének ismerete a különböző eredetű mintákban méri az általános veszélyt, amelynek a lakosság ki van téve.]
Oktatás, tájékoztatás fejlesztése	A lakosság felvilágosítása a megváltozott időjárási helyzetekhez való alkalmazkodás tekintetében, helyes életmódbeli, táplálkozási, viselkedési szokások elterjesztése védőnők, pedagógusok, civil szervezetek közreműködésével, az ÁNTSZ koordinálásában. Az óvodától kezdve a középiskoláig megfelelő szintű környezet-egészségügyi oktatási programot kell kidolgozni. Az óvodás korúak számára oktatóanyag összeállítása, az általános iskolák felső tagozatos diákjai számára a SULINET-en keresztül

	<p>hozzáférhető interaktív CD-ROM elkészítése. A lakosság számára ismeretterjesztő anyagok készítése és hozzáférhetővé tétele az INTERNET-en keresztül. A felnőttek számára folyamatos tájékoztatás az írott és elektronikus médián keresztül média szakemberek, pedagógusok, egészségügyi dolgozók, elsősorban a védőnők, civil szervezetek, önkormányzatok aktivistái, közreműködésével, ÁNTSZ irányítással.</p>
Monitorozás fejlesztése	<p>A pollenhelyzet egész országra kiterjedő, folyamatos monitorozását biztosító ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózatának bővítése új állomásokkal, a meglévő hálózat karbantartása.</p> <p>Az allergiás légúti betegségek surveillance-ének kialakítása. Reprezentatív lakossági mintán a szenzibilizáltság alakulásának vizsgálata.</p> <p>A monitoring rendszer kiegészítése a csapadékbemosódást követő vízminőség változás vizsgálatára (különös tekintettel a Salmonella, továbbá egyes vírusok és patogén protozoonok vizsgálatára). Cyanobaktériumok allergizáló és bőrirritáló hatásának vizsgálata vízvirágzás idején fürdőzőknél.</p>
Metodika fejlesztés	<p>A vírusok és protozoonok kimutatására szolgáló vizsgálati módszerek kidolgozása, illetve fejlesztése a természetes és medencés fürdők vizsgálata céljából.</p>
Tájékoztatás fejlesztése	<p>Tájékoztatás a rekreációs vizek útján terjedő megbetegedésekről az írott és elektronikus média segítségével.</p> <p>A vízminőséggel kapcsolatos információk folyamatos közzététele a közönség számára a helyszínen és az érdeklődők számára elérhető helyeken (helyi és országos sajtó, Internet).</p>
Ásvány- és gyógyvíz minőségbiztosítás	<p>Az ásvány- és gyógyvizek különböző célú felhasználásával kapcsolatos higiénés szabályrendszer fejlesztése és beépítése a minőségbiztosítás rendszerébe. A monitoring rendszer kidolgozása és bevezetése mintaterületeken.</p>
A lakó és természeti környezetbe helyezett rádiófrekvenciás átvívtávközvetítők környezeti expozíciójának számítógépes modellezése és mérése	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rádió adóberendezések műszaki adataiból a környezet rádiófrekvenciás terhelésének számítógépes modellezése.</li> <li>- Helyszíni mérések adatainak gyűjtése, a modellezés validálása.</li> <li>- Adatbázis létrehozása és lakosság számára is elérhető közzététele (pl. honlapon).</li> </ul>
A környezetben hálózati áram szállításból és elosztásból származó 50 Hz-es elektromos és mágneses terek környezeti és lakossági expozíciójának modellezése és helyszíni mérése	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nagyfeszültségű elektromos távvezetékek és transzformátorállomások adataiból a környezet mágneses és elektromos terhelésének számítógépes modellezése.</li> <li>- Helyszíni mérések adatainak gyűjtése, a modellezés validálása.</li> <li>- Adatbázis létrehozása és lakosság számára is elérhető közzététele (pl. honlapon).</li> </ul>
Adatgyűjtés	<p>A radontérkép elkészítéséhez szükséges szervezetek, és adatgyűjtési módok feltérképezése, kidolgozása.</p>
Mérési módszer fejlesztés	<p>A nemzetközi tapasztalatok és a hazai lehetőségek figyelembevételével megfelelő szakmai színvonalú mérési módszer kiválasztása, szükség esetén módosítása, illetve kidolgozása.</p>
Mérőeszközök kiválasztása	<p>Javaslat a kiválasztott mérési módszerhez szükséges mérőeszközök beszerzésére.</p>
Zajtérkép készítése	<p>A nagyvárosok, a közlekedés okozta lakossági terhelés mérése, a jelenlegi állapot feltérképezése és a lehetséges zajcsökkentési módok kidolgozásának megkezdése.</p>

#### Várható eredmények:

Számítva a kisebb és tágabb közösségek, önkormányzatok együttműködésére, a 10 éves program céljainak megvalósulásával olyan környezet-egészségügyi helyzet alakítható ki, amely a legfontosabb problémák megoldásával megteremti az elsődleges megelőzés alkalmazhatóságának a színterét, mintegy kiindulási alapot szolgáltatva a fenntartható fejlődéshez. Azaz ezt követően lehetővé válik a különböző források hatékony

alkalmazása, a hulladékok mennyiségének a lehető legkisebbre csökkentése (újrahasználat és újrahasznosítás), a környezetszennyezést eltűrhető mértékre való csökkentése, a sokféleség védelme, a helyi igények helyi forrásból való kielégítése, elfogadható életkörülmények közötti élethez való jog, a tiszta vízhez, a megfelelő mennyiségű élelemhez, az információhoz, tudáshoz való hozzájutás lehetősége. Hangsúlyozni szükséges, hogy a kitűzött célok elérését szolgáló vizsgálatok tehát nem öncélúak, hanem olyan közegészségügyi feltételek kialakulását segítik elő, amelyben érvényesülhetnek az egészségfejlesztés eszközei.

## ***AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁSOK, MEGBETEGEDÉSEK, FOGYATÉKOSSÁG MEGELŐZÉSE***

### **Koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása**

*Cél:*

*Koszorúér- és agyérbetegségek okozta korai halálozás további 20%-os csökkentése.*

- Szívkoszorúér korai halálozás csökkentése legalább 20%-kal.
- Agyérbetegségek korai halálozásának csökkentése legalább 20%-kal.
- A hipertóniaszűrés hatékonyságának növelésével azonosítsák a hipertóniások legalább 75%-át.
- A rendszeres kezelésben részesülő hipertóniás betegek részarányát növelni kell, legalább 60%-ra.
- A hipertónia hatékony kezelésével növelni kell a 140/90 Hgmm-es határértéknél alacsonyabb vérnyomású betegek részarányát, legalább 30%-ra.
- A felnőtt lakosság legalább 80%-a ismerje a fenyegető szívinfarktus és szélütés tüneteit és legyen tájékozott az orvoshoz fordulás lehetőségeiről és szükségességéről.
- Az ellátó rendszer gyakorlatában az akut esetek legalább 80%-ban érvényesüljenek a szakmai kollégiumok irányelvei az ellátás tartalmára és időintervallumaira nézve.
- A tényeken alapuló orvostudomány eredményeit minél szélesebb körben kell hozzáférhetővé tenni a szakemberek és a lakosság számára.

*Helyzetismertetés:*

Magyarországon az összhálaózás több mint fele szív-érrendszeri betegségeknek tulajdonítható, melyből a koszorúér-betegség a legfőbb halálok. Amíg a nyugati országokban a táplálkozási szokásokban bekövetkezett változások, a testmozgás és a korszerű gyógyszeres kezelés hatására a szív-érrendszeri betegségek (szív-érrendszeri betegség: koszorúér-betegség, agyérrendszeri történés, perifériás érbetegség, illetve aorta betegség egyúttvéve) mortalitása 1970 óta 20-30%-kal csökkent, addig Magyarországon a szív-érrendszeri betegségek halálaózása nőtt ugyanezen idő alatt. 1997-ben a helyzet már odáig romlott, hogy a szív-érrendszeri betegségek és ezen belül a koszorúér betegség okozta korai halálaózás (0 és 64 évesek között) Magyarországon gyakorlatilag háromszorosa az európai átlagnak, de még a közép- és kelet-európai országok átlagait is meghaladja. A szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezői közül, a magas vérzsír szint, az elhízás, a cukorbetegség és a magas vérnyomás szorosan összefügg a táplálkozással, ezek a szív- és érrendszeri betegségek 30-80%-ában játszanak szerepet. Az elmúlt évtizedekben a hatékony megelőzés és részben a gyógyszeres segítség hatására a nyugati országokban a koleszterin szint és a vérnyomás jelentősen csökkent, az elhízás és az újonnan felfedezett cukorbeteg aránya - hazánkban is - viszont több mint 10%-kal nőtt. E négyes fogat befolyásolását - főleg a zsírfogyasztás csökkentésével - tehát csak részben, hazánkban pedig egyáltalán nem sikerült elérni. Reálisnak tűnik, hogy hazánkban a magas koleszterin szint és a magas vérnyomás visszaszorítását tűzzük ki célul, az elhízás és a következményes cukorbetegség vonatkozásában pedig csak a helyzet rosszabbodásának elkerülésére törekedhetünk. A fenti nemzetközi tapasztalatok alapján az állati eredetű zsírbevitel csökkentése csak részeredményt hozott, ezért az energiabevitel - amely hazánkban is hasonlóan növekvő tendenciát mutat, mint a nyugati országokban - csökkentésére, az energialeadás növelésére (mozgás) hasonló gondot kell fordítani. Különös gondot kell fordítani a szűrés-gondozás területén a multimetabolikus szindrómában érintettek, a cukorbetegre és a már iszkémiás betegek. El kell érni, hogy a sürgősségi ellátás gyakorlatában a szakmailag indokolt intervenciók az elfogadott irányelvek mentén érvényesüljenek az egész országban.

### Megvalósítás stratégiai irányai:

Feladatok	Szükséges akciók
Elsődleges megelőzés	<p>A lakosság mind szélesebb körében az egészséggel (és betegségekkel) kapcsolatos ismeretek, készségek magatartás fejlesztése: Az egészséges életmódra, a helyes étkezési szokásokra, a rendszeres testmozgás fontosságára, és ezek elsajátítására, továbbá a dohányzás káros hatásának következményeire a figyelmet fel kell hívni, és a megfelelő magatartás kialakítására kell törekedni.</p> <p>Fokozott figyelmet kapjon az aktív testmozgás megelőzésben játszott szerepe.</p> <p>A rendszeres fizikai aktivitás kedvező hatású a testsúlyra, továbbá a vérnyomásra, a szénhidrát anyagcserére és az inzulin szenzitivitásra és valószínűleg közvetlen védő hatása van az akut koszorúér-események kivédésére is. Ezen túl a rendszeres testmozgásnak kedvező pszichológiai hatása is van. Mindezek miatt a megfelelő intenzitású, időtartamú és gyakoriságú terhelés fontos része az egészséges életmódnak és a koszorúér betegségek megelőzésének.</p> <p>A vérnyomással (magas vérnyomással), a túlsúllyal, a magasabb vérzsír (lipid)szintekkel és a cukorbetegséggel kapcsolatos alapvető ismeretekkel is meg kell ismertetni a lakosságot.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Iskolai programok (tanterv, iskolai szintér), egyéb színtereken történő befolyásolás.</li><li>- A felnőtt lakosság megismertetése a kockázati tényezőkkel. Az oktatási kezdeményezések az egyes színtereken kívül, klub hálózatokon vagy rendszeres programokon keresztül is történnek.</li><li>- Bizonyos célcsoportok, mint a média szakemberek, politikusok kiemelt szinten történő informálása, oktatása a program fenntarthatósága és sikere szempontjából elengedhetetlen.</li></ul>
Egyetemi oktatás	<p>A népegészségügyi betegségek megelőzése, ellátása és rehabilitációja kérdéskörben a szigorló évben integráló 2 hetes kurzus, ami döntően a gyakorlati betegellátásra koncentrál.</p>
Továbbképzés	<p>A megfelelő minősítések (pl. „Hypertonia gondozás minősített orvosa”, „Képzett diabetológus”, „obesitológus”, „lipidológus”, „angiológus”, a cerebrovasculáris betegségek specialistája) megszerzhetőségének személyi és tárgyi feltételei részben meghatározottak (pl. hypertonia, diabetologia), részben meg kell határozni összhangban az európai és amerikai képesítéssel. Módszertani kialakításában érvényesülni kell a megelőzési szemléletnek és a program célkitűzéseinek. A háziiorvosi és foglalkozás-egészségügyi ellátásban dolgozók ismerjék a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének kérdéseit és az egészségvédő tevékenységek a háziiorvosi és foglalkozás-egészségügyi ellátás minőségi megítélésének kulcselemei legyenek.</p>
Gondozói nyilvántartási rendszerek fejlesztése	<p>A betegek legfontosabb klinikai adatait tartalmazó és a gondozói munkát aktívan segítő, a modern információ és kommunikáció-technológia eszköztrendszerét használó nyilvántartások létrehozása és használata az ellátó helyeken, így a háziiorvosi praxisokban, illetve a szakellátás központjaiban.</p>

### Várható eredmények:

A szív- és érrendszeri megbetegedések, halálozások visszaszorítása alprogram céljainak megvalósulása több más alprogram együttes sikeres végrehajtásának is függvénye. Ide tartozik a dohányzás visszaszorítása, az egészséges táplálkozás, az aktív testmozgás elterjesztése, az alkohol prevenció és még a lelki egészségvédelem megerősítését is idesorolhatjuk. A fenti alprogramok céljainak együttes megvalósulása esetén nem csak a szív- és érrendszeri

betegségek halálózása terén várható jelentős javulás, hanem ezen keresztül a össshalalozás tekintetében is, melynek eredményeként a születéskor várható átlagos élettartam is nőhet. A program 10 éves időtartama alatt csökkenhet az EU átlagához viszonyított 6 éves különbség a születéskor várható életkorban.

## Daganatos megbetegedések visszaszorítása

*Cél:*

*A daganatos halalozások növekedő trendjének megállítása.*

- Az Onkológiai Centrumok egységes rendszerének kialakítása.
- Az alapellátásban az „onkológiai éberség” érvényesítése.
- Egységes graduális és posztgraduális képzés megvalósítása.
- Onkológiai feladatok ellátásához szükséges infrastruktúra folyamatos biztosítása.
- Az onkológiai tevékenységről és a daganatok előfordulásáról szóló adatszolgáltatási rendszerek fejlesztése.
- Az onkológiai betegek rehabilitációs intézményrendszerének országos kiépítése.

*Helyzetismertetés:*

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halalozási aránya évtizedek óta rendkívül kedvezőtlen, a szív és keringési rendszer eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakorisággal.

A nagy európai, illetve nemzetközi halalozási felmérésekben férfiaknál az első, nőknél pedig a második helyen állunk, s joggal tehetjük fel a kérdést, miért halunk, és miért nyomorodunk meg rákban ennyien, vannak e kitérés pontok és melyek azok.

Az utóbbi 10 évben az Országos Onkológiai Intézet folyamatosan elemezte a fenti jelenségeket, létrehozta a nemzetközi elvárásoknak és hazai lehetőségeknek megfelelő Nemzeti Rákkontroll Programot, s közzétette - széles körű összefogás alapján - azon hiánypótló kézikönyveket, amelyek jelentős ismeretanyagot ölelnek fel, vezérfonalként szolgálva az onkológia számos területén. Annak érdekében, hogy a kiemelkedően magas daganatos halalozást valóban csökkenteni tudjuk, meg kell ismerni azokat az adatokat, amelyeket a halalozási statisztika és a 2001-ben már megbízhatóan működő Nemzeti Rákregiszter rendelkezésünkre bocsátott.

A daganatos megbetegedések okozta társadalmi teher elsősorban a daganatok kialakulásának megelőzésével és korai észlelésükkel csökkenthető. Ennek értelmében a program vezérfonala a megelőzésre összpontosító szemlélet gyakorlati megvalósítása.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Onkológiai éberség az alapellátásban	Kötelező háziorvosi irányelv és vizsgálati protokoll bevezetése daganatgyanús állapotok fizikai módszerekkel történő átvizsgálására. Rákélező állapotok felismerésének oktatása. A daganatok keletkezése szempontjából magas kockázatúnak minősülő egyének rendszeres időszakos ellenőrzése, követése elsődlegesen a háziorvos, fogorvos, és alkohol ambulanciák, tüdőszűrő állomások vezetői által. Szűrési-gondozási irányelvek készítése és beépítése a folyamatos továbbképzésbe, valamint az alapellátás minőségbiztosításába.
Oktatás, társadalmi tudatosítás	Az onkológiai alapismeretek, az ifjúsági egészségnevelés integráns részeként a középiskolai oktatási programba építése. A rákprevenció társadalmi szintű tudatosítása a Magyar Rákellenes Liga közreműködésével. A daganatos megbetegedések megelőzése, az onkológiai szűréshez kapcsolódó betegirányítás, a daganatos betegek otthoni ellátása. Nemzeti Program megvalósítása az onkológiai betegellátást ismertető egységes alap és továbbképzésre az egyetemi és főiskolai tanszékek közreműködésével.
Kórházi férőhelyek biztosítása és	A javaslat lényeges eleme a kemoterápiás és sugárterápiás ágyak

rehabilitáció fejlesztése Onkológiai Centrumok	szétválasztása, valamint a rehabilitációs tevékenység folyamatos fejlesztése. Az Onkológiai Centrumok a területi betegellátás teljes körű menedzselését és minőségbiztosítását végzik. Az Onkológiai Centrumok intézményes alapjait a területi ellátásért felelős onkológiai munkahelyek integrációjával kell létrehozni.
Adatszolgáltatási rendszerek fejlesztése	Országos Onkológiai Adattárház létrehozása. Onkológiai portál üzemeltetése a lakosság folyamatos tájékoztatása céljából. Népeség szintű szűrések szervezése publikálása, a megfelelő szűrési metodikák publikálása.

#### *Várható eredmények:*

- A daganatos halálozások növekedésének megállítása.
- Egységes graduális onkológiai képzés, tankönyv megírása. 2010-ig 350 onkológus szakorvos és 300 szakápoló képzése.
- Minden beteg számára egyenlő eséllyel legyen biztosított a szakszerű ellátáshoz való hozzáférés.
- Onkológiai Centrumok szervezése egységes elvek alapján: 2 centrum/1 millió lakos területi gyakorisággal.
- Adatbázis létrehozása a magyarországi onkológiai ellátás helyzetéről, szűrési tevékenység és Nemzeti Rákregiszter összehangolt működtetésére.
- Rehabilitációs intézményrendszer kialakítása.

## A lelki egészség megerősítése

#### *Cél:*

*A lakosság lelki egészségi állapotának, és életminőségének javítása, az egészségtudat fejlesztése, a lelki egészségnek, mint értéknek a felmutatása.*

- Mentális zavarok elsődleges megelőzése.
- A pszichiátriai zavarok korai felismerése és kezelése, az alapellátásban dolgozók érzékenyítése a pszichiátriai zavarok iránt.
- Az alapellátás lelki egészségvédelmi szolgáltatásainak erősítése.
- A fiatalok öngyilkossági arányának visszaszorítása legalább 20%-kal.
- Az öngyilkosságok számának csökkentése legalább 20/100 000 fő szintre.
- A depressziós betegek kezelésbeveteli arányának javítása legalább 30%-kal.
- A pedagógusok és a segítő foglalkozásúak lelki egészségvédelemmel összefüggő szemléletének és tudásának fejlesztése a diákok lelki egészségének megőrzése érdekében.

#### *Helyzetismertetés:*

A lelki egészség fejlesztése és védelme hosszú távra szóló tervezést és következetes megvalósítást tesz szükségessé. A kormányzati ciklusokon túlmutató és tárcák közötti érdekkülönbségeket is integrálni képes programok egységét a lelki egészségnek mint értéknek korszerű és magas szintű képviselése biztosíthatja.

A lelki egészség szempontjainak érvényesítése a közélet minden területén elengedhetetlen kormányzati feladat, amely magas szintű képviselést igényel.

Az ország mentális adatai rendkívül kedvezőtlen képet mutatnak, ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy viszonylag kevés megbízható adattal rendelkezünk mind a lelki erőforrásokra vonatkozóan, mind a lelki zavarok és azokat előidéző tényezők tekintetében.

A hazai adatok szerint a súlyos depressziós állapot a lakosság több mint 15%-ában fordul elő élete folyamán legalább egyszer. A családorvosok betegforgalmi adatai szerint a betegek 15%-a affektív vagy szorongásos zavarban szenved. A fejlett országokban a depressziós betegek mintegy fele-harmada áll kezelés alatt, hazánkban ez az arány jóval kisebb. Közismert, hogy a kezeletlen depresszió okozza a legtöbb társadalmi kárt az összes betegségek közül (EVSZ 2001). Ez a kár nagyobb, mint a kezelés költségei, hatalmasak a lelki egészségvédelem hiányából származó gazdasági károk.

Hazánkban volt 1994-ig a leggyakoribb az öngyilkosság a világon 45,9 százalékkal halálozással. Azóta közel egyharmadával csökkent, ami a világon a legnagyobb javulás. Ugyanakkor még mindig magas (32,1 százalékkal 1997-ben). Különösen aggasztó a fiatalok öngyilkossága, amely a 16-24 éves korosztályban ma már az egyik leggyakoribb halál oka. A közoktatási intézmények és a tanárok nincsenek felkészítve arra, hogy felismerjék vagy megelőzzék a bajt. 1997-ben hazánkban a gyermekpszichiátriai morbiditás 15-25% között volt, ami magasabb a fejlett országok 12-20%-os értékéhez képest.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Erőforrásfelmérés és epidemiológia	Átfogó erőforrás-orientáció és epidemiológiai vizsgálatok elvégzése az ország megelőző lehetőségeire és mentális képére vonatkozó pontos adatok szerzése érdekében, egységes felmérési módszer kidolgozása, területi felmérések megszervezése.
Elsődleges megelőzés	<p>Szükséglet- és erőforrás-felmérésen alapuló megelőzési akcióprogramok kidolgozása és megvalósítása.</p> <p>1. kiemelt színterek: A család, az iskola, a segítő foglalkozásúak, valamint az egyházak és a civil szervezetek, a munkavédelem.</p> <p>2. projekt típusok: Képzés, szükséglet- és erőforrás-felmérés, lelki egészségvédelmi akciók, megelőzési programok, kommunikációfejlesztés és hálózatépítés.</p> <p>3. tartalom: A család felkészítése olyan értékek és normák közvetítésére, hogy a fiatalok képessé váljanak a konstruktív, tartalmas életstílus kialakítására.</p> <p>Családok felkészítő programjainak kidolgozása, e programok végrehajtásának támogatása.</p> <p>A családok funkcióinak megőrzését segítő szolgáltatások bővítése a lelki egészségvédelem szakembereinek közreműködésével.</p> <p>Családsegítők fejlesztése, szakemberképzés.</p> <p>Önsegítő és kölcsönösen segítő családok közösségeinek szervezése és azoknak lelki egészségvédelmi támogatás nyújtása, a családközösségek animátorainak szakmai felkészítése, közösségfejlesztés, civil kezdeményezések, önkéntes munka támogatása.</p> <p>Az iskola felkészítése lelki egészségvédő szerepének betöltésére.</p> <p>Munkálkodás a kor igényeit nem automatikusan kiszolgáló iskolarendszer fejlesztésén, mely a gyermek mellett áll akkor is, ha sérült vagy kevésbé tehetséges.</p> <p>Integrált mentális egészségfejlesztés legyen a közoktatásban.</p> <p>Az egészséges életre való nevelésnek a közoktatás részévé kell válnia.</p> <p>A felnőttképzésben az általános és szakmai célok és tartalmak között kapjon prioritást a lelki egészség megőrzése.</p> <p>Az akkreditált lelki egészségfejlesztő posztgraduális képzéseknek minél nagyobb számú humán segítő szakembert kell elérniük, akik mindennapi életfeladatuk (tanítás, lelki gondozás, szociális munka, szomatikus orvoslás) természetes közegén keresztül kerülnek kapcsolatba - esetenként kizárólagosan - a veszélyeztetett emberekkel.</p> <p>A pedagógusok és segítő foglalkozásúak számára lehetőséget kell biztosítani szupervízióra, esetmegbeszélő csoportokon való részvételre, kiegészítő megelőző tréningre, önsegítő hálózatok létrehozására.</p> <p>A kirekesztés megelőzését, illetve felszámolását szolgáló lelki egészségvédelmi programok kidolgozása és elindítása.</p> <p>A lelki egészségvédelemmel kapcsolatos ismeretek beépítése a pedagógusképzésbe.</p> <p>Kortárs segítés szakmai protokolljának kidolgozása, kortárs segítői hálózat kiépítése, kortárs segítő felügyeleti rendszerének megszervezése.</p>

Lelki egészségvédelmi szakemberek koordinálása, felügyeleti rendszerének megszervezése.

Közösségek felkészítése, az egyházi és civil szervezetek közösségi kapcsolatokat erősítő és szociális küldetésüket vállaló formáinak támogatása.

A munkavédelem feladatává kell tenni a munkahelyi mentális ártalmak megelőzését.

---

#### Öngyilkosság

Öngyilkossági kísérletek bejelentésének kötelezővé tétele.

Krizisellátó részlegek kialakítása pszichiátriai osztályokon.

Krizisintervenciós központok létesítése.

Öngyilkosság-megelőzési centrumok létesítése, sürgősségi, 24 órás krízisellátással.

A kísérleten átesettek kezelése és gondozása.

Egészségügyi dolgozók továbbképzése az öngyilkossági veszély korai észlelése vonatkozásában.

Sürgősségi telefonszolgálatok fejlesztése, koordinálása, a telefonszolgálatok munkatársainak szakmai felügyelete és segítése, hálózatépítés, a telefonszolgálatok működési feltételeinek javítása kortárs segítők kiképzése.

---

#### Mentális zavarok korszerű ellátása

A cél az optimális életminőség elérése.

A mentális egészségügy intézményrendszerének korszerűsítése, a pszichiátriai intézményrendszer közösségi pszichiátriai irányba történő átalakítása.

- A pszichiátriai gondozók decentralizálása.

- A gondozói munka ösztönzött finanszírozása.

- A gondozókban dolgozó szakemberek számának növelése.

- Rendszeres szakmai felügyelet biztosítása a gondozókban dolgozó szakemberek számára.

- Községi pszichiátriai szakgondozó, szociális munkás és munka-rehabilitációs szakemberképzés.

- Modellkísérlet támogatása.

- Csoportpraxis kialakítása pszichológiai szolgáltatásokkal.

- Pszichoterápiás ambulanciák fejlesztése, bővítése.

- Gyermekek-pszichiátriai gondozók számának növelése, „ideggondozók” helyett „Egészségházak” többszakmások szakember-munkacsoportokkal.

- A kapcsolati pszichiátriai szolgálat működési feltételeinek biztosítása, a szolgálat elterjesztése országos szinten, hozzáférhetővé tétele az alapellátás, illetve a társszakmák számára.

---

#### Korai felismerés és beavatkozás

A pedagógus-képzés és továbbképzés, valamint az iskola-egészségügyben részt vevők (iskolaorvosok, védőnők) továbbképzésének összehangolása, kölcsönös elismertetése.

A pedagógusok felkészítése a diákok lelki egészségének megőrzésére.

Az alapellátásban dolgozók érzékenységét növelő programjainak megvalósítása.

- A pszichiátria tantárgy hatékony oktatása a háziorvos rezidensképzésben.

- Akkreditált pszichiátriai továbbképzések szervezése az alapellátásban dolgozók részére.

Rendszeres szupervízió biztosítása az alapellátásban dolgozó szakemberek számára.

Alapellátáshoz kapcsolódó pszichológiai szolgáltatások szervezése.

Gyermekorvosok gyermekpszichiátriai képzése.

Korai kezelésbe vételi programok beindítása.

---

#### Rehabilitáció

A közösségi rehabilitáció fejlesztése szociális és egészségügyi intézményekre bontva.

A rehabilitációs programok minden csoport számára legyenek elérhetőek, a programok tartalmazzák a tevékenységek széles skáláját.

A rehabilitációs szolgáltatások elérhetővé tétele a helyi közösségekben.  
Nappali klubok kialakítása munkarehabilitációs programokkal,  
kétségfejlesztéssel, egyéni szükségletekre alapozott gondozási tervvel.  
Munkarehabilitációs szakemberek képzése.

Rendszeres szupervízió biztosítása a rehabilitációban közreműködő  
szakemberek számára.

Védett lakhatási formák kidolgozása.

Krónikus nappali kórházak kialakítása, illetve fejlesztése orvosi kontrollt és  
szakmai segítséget igénylő betegek számára.

Gyermekpszichiátriai rehabilitációs tevékenység gyermekpszichiátriai  
szakmai ismeretekre támaszkodó speciális otthonokban, oktatási,  
gyermekvédelmi intézményekben.

Többszakmás szakember-munkacsoportok létrehozása a gyermekek  
érdekében (biopszicho-szociális védőháló).

Munkaerőpiaccal való kommunikáció megszervezése, az átképzés  
elérhetővé tétele mentális zavarban szenvedők számára, félutas intézetek  
fejlesztése.

---

Média

Az egészség, mint érték épüljön be a köztudatba.

Az életminőség fontosságának hangsúlyozása kapjon teret a médiában.

A konstruktív, tartalmas életstílus értékékként való felmutatása jelenjék meg  
a médiában, az ezzel ellentétes tartalmak megjelenése ritkuljon.

A lelki egészséggel kapcsolatos ismeretek terjesztése.

---

#### *Várható eredmények:*

A mentális zavarok előfordulásának csökkenése.

A pedagógusok és segítő foglalkozásúak lelki egészségvédelmi szemlélete fejlődik, nő tudásuk, javulnak segítő  
készségeik.

Öngyilkosságok számának, ezen belül a fiatalok öngyilkossági arányának csökkenése.

Depressziós betegek kezelési arányának javulása (legalább 30%-kal).

Pszichiátriai betegek társadalmi visszailleszkedésének javulása.

## Mozgásszervi betegségek csökkentése

#### *Cél:*

*A krónikus mozgásszervi betegek életminőségének javítása.*

- A mozgásszervi betegségek számbeli növekedésének lassítása.
- Idült mozgásszervi betegek mozgáskészségének legmagasabb szinten való megőrzése.
- Korszerű reumatológiai ellátás és oktatás megteremtése.
- Mozgásszervi megelőzési szemlélet széles körű elterjesztése egészségneveléssel, betegtájékoztatással, szakmai továbbképzéssel.
- Az iskolai testnevelésben elindult megelőzési programok (tartásjavító torna elterjesztése, mindennapi iskolai testmozgás) továbbvitele.

#### *Helyzetismertetés:*

A mozgásszervi megbetegedések három leggyakoribb kórképe az arthrosis (ízületi porckopás), a derékfájás és az osteoporosis (csontritkulás). Ezen kórképek kiemelkedő jelentőségét nemcsak növekvő gyakoriságuk, hanem következményeik, így a rokkantságra, életminőségre és a halálózásra gyakorolt hatásuk adja. Hazai felmérések szerint a gyulladós és degeneratív ízületi- és gerincbetegségek következtében a betegek mintegy 60%-a mások segítségére szorul, 30%-ának a betegség miatt megromlik a családi élete, és kétharmaduk anyagi helyzete is válságba jut. Magyarországon a mozgásszervi betegségek a rokkantosság okai között a második helyet foglalják el és a háziorvoshoz fordulás okainak 15-20%-át teszik ki. A mozgásszervi betegség következtében kialakult egyéni

szenvedésen túlmenően a közvetlen és közvetett költségek hatalmas terhet rónak az egyénre, családjára és a társadalomra.

Reprezentatív epidemiológiai tanulmányok alapján 50 éves kor felett a csontritkulás mintegy 900 ezer betegnél, a reumás ízületi gyulladás mintegy 100 ezer betegnél, az arthrosis pedig több mint 2 millió betegnél fordul elő hazánkban. A mozgásszervi betegségek okozzák a 60 éven felüliek krónikus betegségeinek felét. A derékfájás a második leggyakoribb oka a táppénznek. A hazai lakosság csontsűrűség értékei Európában a legalacsonyabb, a következményes csigolyatörések a legmagasabb értékek közé tartoznak. A csontritkulás okozta combnyaktörések utáni halálozás következtében hazánkban évente hozzávetőlegesen 2500-3000 beteget veszítünk el és ezen törésfajták gyógykezelése becslések szerint 1998-ban 15 milliárd forinttal terhelte meg a költségvetést.

A fenti betegségek vonatkozásában a csontritkulás területén átfogó nemzeti program indult. Az 1995-ben elfogadott Nemzeti Osteoporosis Program keretében az elmúlt években országos osteoporosis centrumhálózat jött létre. A gerinc degeneratív betegségeinek megelőzésére 1995 óta működik országos, iskolai testnevelési program a Magyar Gerincgyógyászati Társaság aktív közreműködésével. Az Egyesült Nemzetek Szervezete a mozgásszervi betegségek kiemelkedő súlyát felismerve a 2000-2010 közötti időszakot „A Csont és Ízület Évtizedének” nyilvánította, mely mozgalomhoz hazánk elsőként csatlakozott. A mozgalom keretében a megelőzés, betegellátás, az oktatás és a kutatás területén a mozgásszervi kórképekkel való foglalkozás világszerte fokozott támogatásban részesül. A kérdés kiemelt kezelését indokolja az is, hogy 2010-re Európában a történelem során először lesznek többen a 60 éven felüliek, mint a 20 éven aluliak, amiből a mozgásszervi betegségek okozta költségek drámai emelkedése következik.

Magyarországnak a jelen évtizedben a fejlett európai országokénál jóval nagyobb hátrányt kell behoznia a mozgásszervi betegségek vonatkozásában. A járóbetegrendszer és a háziiorvosi hálózat fejlesztésre szorul, hogy a definitív ellátásra alkalmas legyen. A lemaradás egyik oka a reumatológia graduális képzésének hiánya egyetemeken. A reumatológiai betegek jelentős része nem szakprofilú osztályokon kerül ellátásra, elsősorban a gyulladásos-immunológiai és a metabolikus csontbetegségek terén. Az osteoporosisban szenvedő betegek csak mintegy 20%-a kerül kórismezésre és kezelésre. Megbízható mozgásszervi adatbázisunk nincs, az ellátás nem egységes diagnosztikus és terápiás irányelvek alapján történik. Az Európában már általánossá vált molekuláris genetikai vizsgálatok és a biológiai terápia még egyáltalán nem kerülnek alkalmazásra a gyakorlatban. A lakosság mozgásszervi ismeretei alacsonyak, a betegmozgalmak ereje nem számottevő.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Célzott mozgásszervi szűrő és megelőzési programok	<p>Az iskolai „normál” testnevelésben váljék általánossá a gerinc porckopásos betegségeinek elsődleges megelőzését szolgáló speciális tartásjavító torna rendszeres végzése. Az iskolás gyermekek gyógyításra szoruló gerincbetegségeinek és egyéb mozgásszervi betegségeinek hatékony szűrése, korai és hatásos kezelése (gyógytorna kezelést gyógytornásztól kapják). Tartáshiba és lúdtalp miatt ne kerüljenek a gyermekek gyógytestnevelésre: mivel a megelőzésnek általánosan kell megvalósulnia, ennek a normál iskolai testnevelésben kell történnie. A maximális csonttömeg kialakulását segíti a mindennapi iskolai testmozgás megvalósítása minden tanuló részére, valamint a széles körű életmódbeli felvilágosítás.</p> <p>A fiatal felnőtt és középkorú népesség körében az ízületi gyulladások, az ízületi porckopás, valamint a csontritkulás korai szűrése és ellátása a reumatológia és az ortopédia keretében. A már elindult NKF mozgásszervi programok modellként való adaptálása.</p> <p>A csuklótáji alkar, a csigolya és a combnyaktáji törések növekvő számának megállítása, lehetőség szerint csökkentése a leginkább veszélyeztetett népesség kiszűréseivel és gondozásával. A célcsoport a 60 év feletti lakosság, különös tekintettel a közösségekben (szociális és idős otthonok, idősek klubjai stb.) élőkre. A különböző töréseken átesettek csontritkulás elleni kezelését és mozgásszervi rehabilitációjának módszertanát széles körben kell alkalmazni országszerte, és bővíteni kell a jelenlegi intézményi rehabilitációs kapacitást.</p>

A mozgásszervi betegségek okozta életminőség változás és a szociális terhek felmérése	A mozgásszervi betegek egyéni terheinek, a betegség okozta funkcionális kieséseknek és az életminőség változásának felmérése derékfájás, reumatoid arthritis, ízületi kopás és csontritkulás, valamint gyermekkori mozgásszervi betegségek esetén.
Oktatási-továbbképzési, egészségnevelési feladatok	A reumatológia kötelező graduális oktatásának mielőbbi bevezetését a négy hazai általános orvosi karon. A folyamatos orvosi továbbképzésben oktatni kell a korszerű reumatológiai ismereteket. A szakorvosi hálózat számára a korszerű kommunikációs képzési csatornák (internet, távoktatási programok) felhasználásával továbbképzési programokat szervezünk. A szakorvosi továbbképzés mellett gondot fordítunk a különböző mozgásszervi programjaiban részt vevő mozgásszervi szakorvosok, gyógytornászok, háziorvosok, védőnők, ápolók és testnevelők továbbképzése.
Ellátás modellezése az alapellátásban	Az akut derékfájás és nyaki fájdalom szakszerű kezelésének modellezése az alapellátásban. Mozgásszervi megelőzési és gondozói program kidolgozása és adaptálása a háziorvosok körében.

#### *Várható eredmények:*

- Az iskolai testnevelésben megvalósul a gerinc- és ízületvédelem, a helyes testtartás automatizálása, a gerinc helyes használatának tudatos szokása.
- Az idült ízületi panaszokban szenvedő betegek súlyos fájdalomban töltött napjai csökkennek.
- A napi aktivitásukban gátolt mozgásszervi betegek számaránya csökken.
- A mozgásszervi betegek elsősorban szakprofilú osztályokon kerülnek ellátásra.
- A járóbetegrendszer és a háziorvosi hálózat mozgásszervi ellátásának javulása.
- A reumatológia kötelező graduális oktatásának bevezetése a négy egyetemi orvoskaron.
- A mozgásszervi megelőzést szolgáló szemlélet széles körű javulása a tömegkommunikáció segítségével.

## AIDS-megelőzés

#### *Cél:*

*Csökkenjen a Humán Immundeficiencia Vírus (HIV) okozta új fertőzések száma és javuljon a diagnosztizált fertőzések aránya.*

- Az új HIV-fertőzések megelőzése, az alacsony fertőzési gyakoriság fenntartása mellett az AIDS-megbetegedés és halálozás 20, illetve 25%-os csökkentése.
- Elsődleges megelőzési programok formáinak és tartalmi kereteinek kialakítása, a fiatalok számára kidolgozott programok beillesztése az iskolai egészségnevelési oktatásba, illetve drogmegelőzési programokba. Speciális megelőzési programok kidolgozása magas fertőzési kockázatot vállaló csoportok számára.
- Pályázati rendszer kidolgozása és pályázati alap létrehozása a fenti programok támogatására.
- A HIV-fertőzés felderítési hatékonyságának növelése, elsősorban a magas fertőzési kockázatú magatartásúak körében.

#### *Helyzetismertetés:*

A HIV/AIDS-megelőzés az Európai Unió egységes egészségügyi ajánlásait tartalmazó népegészségügyi programjának nevesített alprogramja. Ennek ajánlásait a magyarországi alprogram messzemenően figyelembe veszi.

Jelentőségét járványügyi adatok, valamint az a tény, hogy a fertőzés terjedése teljes mértékben megelőzhető, indokolják. Az Egyesült Nemzetek Közös HIV/AIDS Programja, a UNAIDS becslése szerint ma a világon 40 millió ember él HIV/AIDS-szel, 2001-ben az új fertőzések becsült száma 5 millió volt és 3 millióan haltak meg a betegségben, a halottak összes száma 21,8 millió volt. A HIV/AIDS esetek több mint háromnegyede, az új fertőzések több mint nyolcvan százaléka a fejlődő országokban van, ahol a fertőzöttek több mint tíz százaléka, betegek és halottak mintegy negyede fertőzötten született csecsemő.

Hazánkban az első HIV-fertőzéseket 1985-ben azonosították, azóta a diagnosztizált HIV-fertőzések száma 1006-ra emelkedett. Elsősorban a homoszexuális terjedés a jellemző, de az utóbbi években nőtt a heteroszexuális fertőzések aránya, a becsült fertőzések száma mintegy 3000-re tehető. 1986-ban diagnosztizálták az első AIDS-beteget, azóta a diagnózisok száma 411-re nőtt, és 242-en haltak meg AIDS-szövődményben. A hazai járvány jellemzői: a korábban homoszexuális terjedés mellett növekszik a heteroszexuális átvitel. 2001-ben a diagnosztizált új fertőzések 40%-a ezen utóbbi úton jött létre, nőtt a külföldi HIV-fertőzöttek száma, akik elsősorban a migráció következtében kerültek hazánkba, és ezek közül került ki a tavalyi évben diagnosztizált három HIV-pozitív intravénás kábítószer használó is.

A HIV/AIDS járványügyi adatai hazánk kedvező helyzetét bizonyítják, azonban az a tény, hogy jelentős mértékben megváltozott a járványügyi környezetünk további erőfeszítéseket igényel. Az európai HIV-járvány alakulását jól jellemzi az a tény, hogy a Nyugat-európai országokban 1994-től 2000-ig az új HIV-fertőzések előfordulása (egymillió lakosra számolva) 64-ről 21-re csökkent, a Közép-európai régióban 2-ről 5-re (hazánkban 6,2-ről 8,5-re) emelkedett, ezzel szemben a Kelet-európai országokban 10-ről 300-ra nőtt. Ez utóbbi harmincszoros emelkedés magyarázata az, hogy a kilencvenes évek közepétől hatalmas HIV-járvány bontakozott ki, mely mára mintegy 1 millióra becsült HIV-fertőzést eredményezett Ukrajnában, Moldáviában, Fehér-Oroszországban és Oroszországban. A járvány „motorja” elsősorban az intravénás kábítószer használat és kisebb részben a heteroszexuális terjedés, mely a prostitúcióhoz kapcsolódik. A dinamikára jellemző, hogy évente duplázódik a HIV-fertőzések száma.

Magyarországon az elmúlt években csökkent a HIV/AIDS elsődleges megelőzési programok száma, különösen a magas fertőzési kockázatot vállaló közösségek körében. Csak nagyon hiányosan valósult meg a prostituáltak kötelező egészségügyi vizsgálata, ezen belül a HIV-tesztek elvégzése, és korlátozott számú vizsgálat történt az intravénás kábítószer használók körében. A HIV/AIDS-betegek ellátásában a jelentős változás történt, a kombinált gyógyszeres kezelés eredményeként jelentősen emelkedett a betegek életminősége, nőtt az életkilátásuk és a kezelés a korábbi fekvőbeteg ellátásról a járóbeteg ellátás irányába tolódott el. Ezek a tendenciák megfelelnek az Európai Unió országokéival. Hazai sajátosság, hogy az újonnan diagnosztizált AIDS-betegek 2/3-ának korábban nem volt ismert a HIV-fertőzöttsége. A kezelési módszerek új problémákat vetettek fel, mint a kezelési együttműködés erősítése, a gyógyszer rezisztencia kialakulása, ennek mérése, nyomon követése. Nőtt a hajléktalan betegek száma, és ezzel párhuzamosan a szociális ellátás iránti igény. A jelenlegi kezelési eredmények igazolják, hogy a szociálisan nehéz helyzetű HIV/AIDS-betegek életkilátásai lényegesen rosszabbak a kombinált kezelés ellenére is. A Nemzeti AIDS Bizottság megszűnése a HIV/AIDS prevenció programok szervezését nehezítette, finanszírozását tovább csökkentette.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Megelőzés	<p>Az iskolákban az egészségnevelés részeként családi életre nevelési ismeretek oktatása, elősegítve a fiatalok értékrendjének, személyiségének fejlődését, felelős szexuális és drog elkerülő magatartás kialakítását.</p> <p>Megelőzési programok a fokozott fertőzési kockázatot vállaló közösségek részére e közösségek civil szervezeteinek, és egyes tagjainak aktív közreműködésével (meleg közösségek, prostituáltak, intravénás kábítószer használók).</p> <p>A lakosság számára rendszeres tájékoztatás a HIV-fertőzés megelőzéséről, a megváltozott AIDS-betegségről, a betegség demisztifikálása, és a fertőzöttekkel szembeni diszkrimináció, szegregáció csökkentése.</p> <p>A HIV-fertőzöttek szerepének erősítése a megelőzési programokban.</p> <p>A szociálisan sérülékeny HIV/AIDS-betegekről történő szociális gondoskodás kiépítése, illetve megerősítése.</p>
A HIV fertőzés célzott szűrési programjai	<p>Az önkéntes, információt követő beleegyező vizsgálatok számának növelése magas kockázatú csoportok tagjainak körében. Az anonim, tanácsadással egybekötött HIV-szűrővizsgálatok újbóli bevezetése.</p> <p>A prostituáltak törvényileg szabályozott rendszeres kötelező egészségügyi vizsgálatainak végrehajtása, és ellenőrzése.</p> <p>Egészségügyi dolgozók munkaköri HIV expozíciója és a vírussal történt érintkezést követő megelőző kezelés.</p>
Oktatás/továbbképzés	A HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismeretek beépítésére az orvosképzésbe, a

---

szakorvosképzésbe és a főiskolai képzésbe. Házi orvosok és házi gyermekorvosok, továbbá a HIV-pozitívakkal potenciális kapcsolatba kerülő orvosok, fogorvosok folyamatos továbbképzése.

---

*Várható eredmények:*

A HIV-fertőzések számának stabilizálódása, a már HIV-fertőzött, de még nem diagnosztizált személyek számarányának csökkenése, az AIDS-betegek számának 20%-os csökkenése, a halálozások 25%-os csökkenése.

Felelős, alacsony fertőzési kockázatú magatartásformák arányának növekedése a fiatalok körében és a magas kockázati csoportokban.

A szexuális úton és vér útján történő fertőző betegségek számának stabilizálódása, illetve 30%-os csökkenése (pl. szifilisz, hepatitis C stb.).

## ***AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZER FEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN***

### **Népegészségügyi szűrővizsgálatok**

*Cél:*

*A szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével 70 éves kor alatt 5-10%-kal mérséklődjön a daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig.*

- A 45-65 év közötti asszonyok 70%-a vegyen részt a kétévenként megismételt mammográfiás emlőszűrésen, ezáltal is 2012-ig 30%-kal csökkenjen az emlőrák okozta halálozás Magyarországon.

- A méhnyakrák okozta halálozás 60%-kal csökkenjen a 25-65 év közötti asszonyok egyszeri negatív szűrővizsgálatát követően 3 évenként megismételt, citológiai vizsgálatot is alkalmazó, a céllakosság legalább 70%-ára kiterjedő nőgyógyászati méhnyakszűrése útján.

- Az 45-65 év közötti nők és férfiak korosztálya részére a széklet vér laboratóriumi kimutatásán alapuló vastag- és végbélszűrés rendszerének megszervezése.

*Helyzetismertetés:*

A magyar népesség rossz egészségi állapota ismert. Ezen belül a rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási aránya is rendkívül kedvezőtlen, a szív és keringési rendszer eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakorisággal, ám viszonylagos fontosságát mutatja, hogy a potenciális 70 évből elvesztett életevek számát tekintve már meghaladja a keringési rendszer hasonló mutatóit (KSH 2001). Az elmúlt 25 évben a rosszindulatú daganatok miatt rokkantosított betegek aránya 100%-kal emelkedett, a rokkantosítási feltételek szigorítása ellenére.

Legrosszabb a helyzet a férfiak tüdőrákja, a női vastag- és végbélrák, valamint mindkét nemnél az ajak- szájüregi rákok esetében, mivel ezen területeken mind a halálozás, mind az előfordulás listavezetői vagyunk. A férfi vastag- és végbélráknál „csak” a 2. helyen állunk. A többi említett lokalizációnál valamivel jobb a helyzet, de itt sem tartozunk a sereghajtók közé.

Továbbá kiemelkedően kedvezőtlen arányokat láthatunk gége-, hasnyálmirigy-, máj-, tüdő-, pajzsmirigy és férfi nyelöcsőráknál, illetve leukémiánál. A magyarországi halálozási adatok minden esetben a KSH jelentések és évkönyvek révén válnak nyilvánossá. Az 1999-es és 2000-es halálozási adatok összehasonlítása nyomán szokatlan jelenségre figyeltünk fel. Ez az egyetlen „évforduló” évtizedek óta, amely az emelkedő halálozási irányvonalat megtöri. Bár a halálozási arányban bekövetkezett csökkenés mindössze 2%, eddig ilyen sem lehetett megfigyelni. A közelmúltban nyilvánosságra hozott 2001-es KSH halálozási adatok szerint ez az irányvonal 2001-ben is kisebb töréssel folytatódott.

Az elmúlt évtizedek megoldatlan problémája volt a morbiditási adatok kérdése. A rákelőfordulás gyakoriságát a népességben csak becsülni tudtuk, hogy például az évi új daganatos megbetegedések fajtája és száma milyen és mennyi lehetett, amely több hibalehetőséget rejtett magában, s a valós eredményeket torzította. Az Országos Onkológiai Intézetben kialakított s évről-évre hitelesebben működő népességalapú Nemzeti Rákregiszter adataira

egyre jobban tudunk támaszkodni, s a 2001-es előfordulási eredmények már nagyban hozzásegítenek bennünket a hazai daganathelyzet áttekintéséhez.

Az elmúlt év folyamán mindkét nemnél, összesen 58 772 daganatot jelentettek be, ezek között - a nemzetközi morbiditási statisztikákkal ellentétben - viszonylag nagy számmal (6379) szerepelnek a bőr nem-festékes daganatai is. Ezt, valamint a kettős vagy többszörös daganatok előfordulásának lehetőségét is figyelembe véve - 2001-ben 51 136 új daganatos beteget jelent. A Rákregiszterben a daganat/beteg arány 112/100-nak bizonyul. Feltétlenül szükséges a regiszter adatainak további „tisztítása”, azaz olyan program kidolgozása, amely rákregiszterből nyert megbetegedési adatok tovább finomítja.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Irányok	Feladatok
Emlő-rákszűrések	A megkezdett emlőszűrés folytatása. A célzott és nem célzott lakosság további tájékoztatása (civil szervezetek igénybevétele), rendezvények szervezése annak érdekében, hogy minél többen vegyék igénybe az emlőszűrést (cél: a lakosság 70%-a). Még nagyobb hangsúlyt fordítani a minőségbiztosításra. A meglévő emlőszűrő-állomások ellenőrzése szakmai, műszaki, kihasználtság szempontból.
Cervix-rákszűrés	A célzott lakosság tájékoztatása a szűrésen való részvétel fontosságáról. Felhasználni a civil szervezetek tapasztalatait és anyagait a méhnyakrák szűrésével kapcsolatban. A 25-65 év közötti női lakosság legalább 70%-a vegyen részt női méhnyak-rákszűrésen a nemzetközi standardok szerinti gyakoriságban. A nőgyógyászok, citopatológusok, civil szervezetek működése kerüljön összehangolásra a jobb hatások elérése érdekében.
A vastagbél-rákszűrés	Lefektetni azokat az alapokat, amelyek a vastagbél-rákszűréshez elengedhetetlenül szükségesek.

#### *Várható eredmények:*

A lakosságszűrés bevezetésével

- az emlődaganatok okozta halálozás 30%-kal csökken.
- a méhnyakrák okozta halálozás 40-80%-kal csökken.
- a vastagbél-, végbélrák okozta halálozás 20%-kal csökken.

## Ellátásfejlesztés

#### *Cél:*

*Az egészségügyi ellátó rendszernek a népegészségügyi prioritások mentén történő céltudatos fejlesztése, mely eredményeit tekintve optimális hatásokkal működik.*

- Az alapellátás tevékenységi körének bővítése, az életmód-tanácsadás bevezetése.
- Az ellátás különböző szintjein dolgozó egészségügyi személyzet szemléletének, magatartásának befolyásolása a minél korábban befejezett ellátás érdekében.
- Az ellátás különböző szintjein:
  - = A szív- és érrendszeri betegségek megelőzési szemléletű ellátásának javítása.
  - = Az onkológiai betegségek megelőzési szemléletű ellátásának javítása.
  - = A mozgásszervi betegségek rehabilitációs rendszerének fejlesztése.

#### *Helyzetismertetés:*

A magyar egészségügyi hálózat nagy kapacitással rendelkezik és alapjában jól és szakszerűen tagolt rendszer. Ennek ellenére számos olyan betegségben halnak meg emberek idő előtt, amit meg lehetett volna gyógyítani, ha időben és megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel ellátott helyre került volna a beteg. Sok betegség van, aminek

kialakulása nem független a beteg által korábban elszenvedett betegségektől és attól, hogy azokat miként sikerült gyógyítani, gondolni. Számos, egyéni szenvedést és a finanszírozó számára nagy anyagi terhet jelentő állapot (pl. gyakori művesekezelést igénylő veseelégtelenség) áll elő, amelynek jelentős hányada elkerülhető lett volna, ha a beteg vérnyomását és cukorbetegségét a megelőző években megfelelően kezelték volna.

A halálzási adatokból és a kórházban megjelenő egészségügyi feladatokból ítélve az egészségügyi ellátás jelenlegi rendszere sajnálatosan kevésbé támogatja a betegségek minél korábban történő felismerését és gyógyítását. Ennek az egyik összetevője, hogy a finanszírozási rendszer a megelőzés és a korai felismerés helyett a már kialakult és súlyosabb betegségek ellátását támogatja, ezért az ellátás egy jelentős része a szükségesnél „később és feljebb” történik. Másik nem elhanyagolható tényezője, hogy az egészségügyi személyzetből a szükségesnél kevesebben rendelkeznek a megfelelő ismeretekkel, illetve nem áll rendelkezésre térben és időben a szükséges műszer, tárgyi, technikai feltételrendszer. Nem elhanyagolható a korábbi orvosi gyakorlat, a régebbi orvosi technológiák során kialakult általános szemlélet, attitűd, magatartási formák, amelyek napjaink megbetegedési viszonyai és alkalmazott orvosi technológiái mellett már nem fogadhatóak el. Az itt felsorolt tényezők közül mindegyik természeténél fogva nagy tehetetlenséggel rendelkezik, s ebből kifolyólag igen lassan változtatható rendszerként viselkedik: évtizedes távlatokban várhatóak valódi eredmények, még akkor is, ha a fenti tényezők mindegyikét érintő, jól összehangolt, konzisztens változtatásról van szó.

#### *Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Alapellátás	<p>A háziorvosi rendszer helyzetelemzése az életmód-befolyásolás feladatai, és a befejezett ellátásra törekvés szempontjából, a szociális és egészségügyi ellátási feladatok határterületi problémái vonatkozásában.</p> <p>A háziorvosi rendszer helyzetelemzése a kockázati állapotok, a kiemelt népegészségügyi kockázatot jelentő betegségek (különös tekintettel a magas vérnyomásra) ellátására való felkészültség szempontjából.</p> <p>A háziorvos lehetőségeinek áttekintése a korai felismerése szempontjából.</p> <p>A kockázatfelmérésben és életmód-tanácsadásban részt vevő személyzet kiképzése, tevékenységük beillesztése szervezeti és finanszírozási szempontokból a háziorvosi praxisokba.</p> <p>A háziorvosok és a szakorvosok közötti kommunikáció, együttműködés kritikus pontjai és a helyzet javításának szervezeti, finanszírozási módszerei.</p>
Magatartás- és attitűd vizsgálat, befolyásolás	<p>Helyzetfelmérés az alapellátásban, járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozók körében, attitűd vizsgálatok, ismeretterjesztés, vitafórumok kialakítása.</p>
Keringési betegségek	<p>Áttekintés az ellátás különböző szintjeinek feladatairól és feltételrendszeréről az infarktus, a szélütés, az érszűkület ellátásának vonatkozásában.</p> <p>Betegút elemzések, kritikus pontok meghatározása általánosságban, valamint részletesen a hátrányos helyzetű területeken a technikai felszereltség, a szervezeti és finanszírozási feltételek, érdekeltségek vonatkozásában.</p> <p>Az orvosi ismeretek és gyakorlat vizsgálata (esettanulmányokkal is).</p> <p>Az egészségügyi ellátó rendszerben érvényesülnie kell a megelőzést szolgáló szemléletnek, illetve a gyógyítást és gondozást is célirányosan kell szervezni ahhoz, hogy a program sikeres legyen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertóniaszűrés gondozás,</li> <li>- ISZB másodlagos megelőzés feltételeinek felmérése és feltételeinek kialakítása az alapellátásban.</li> <li>- Intervenciós kardiológiai központok és a Stroke centrumok országos hálózatának egységes szempontok szerinti fejlesztése, az infarktusos és szélütött betegek sürgősségi ellátásának szakmai irányelvek mentén történő teljes körű biztosítása.</li> </ul>
Onkológiai betegségek	<p>Áttekintés az ellátás különböző szintjeinek feladatairól és</p>

	feltételrendszeréről a daganatos betegek ellátásának vonatkozásában. Betegút elemzések, a hozzáférhetőség területi különbségeinek elemzése, a kritikus pontok meghatározása általánosan és a hátrányos helyzetű területeken a technikai felszereltség, a szervezeti, és a finanszírozási feltételek, érdekeltségi rendszerek vonatkozásában. Az orvosi ismeretek és gyakorlat vizsgálata (esettanulmányokkal is).
Rehabilitáció	Helyzetelemzés (komplex, kardiológiai és mozgásszervi rehabilitáció is). A hálózat területi egyenlőtlenségeinek feltárása. A szakemberhiány okai, szakember képzés. A rehabilitáció feladatának lehetséges szervezeti beillesztési módjai a rendszerbe.

#### *Várható eredmények:*

Az alapellátásban az orvos figyelme terjedjen ki a (panasszal vagy bármely más okból) odaforduló lakosok/betegek betegségi kockázatára is, és kapjanak szakszerű életvezetési, életmódbeli tanácsokat is.

A keringési betegségek vonatkozásában javítani szeretnénk az ellátásának helyzetét, illetve az ezek következtében bekövetkező rokkantság és halálozás mutatóinak csökkentését vesszük célba.

Az onkológiai betegségek vonatkozásában szeretnénk elérni, hogy a diagnosztika fejlesztésével minél korábban felismert daganatos elváltozások az ország minden területén egyenlő eséllyel kerüljenek illetékes szakorvos elé és (a terápiás lehetőségek bővítésével) kapjanak adekvát ellátást. Lényegesen javítani kívánjuk a szájüregi daganatok korai felismerésének lehetőségét. (Lásd Daganatos betegségek csökkentése alprogramban leírtak.)

A rehabilitáció általános feltételrendszerének a javításával el kell érni, hogy öt-tíz éven belül minden arra alkalmas beteg hatékony rehabilitációban részesüljön.

Az ellátórendszer egészében szeretnénk elérni, hogy az ellátás legkülönbözőbb helyein dolgozó személyzet pontosan értse szerepét a beteg állapotromlásának és a nehezebben gyógyítható állapotok kialakulásának megelőzésében, és annak elkerülését fontosnak tartsa. Néhány éven belül el kell érni, hogy a finanszírozás által közvetített érdekeltség ezt a szemléletet és aktivitást támogassa.

## Erőforrás-fejlesztés

#### *Cél:*

*Szakemberek, hatóságok, civil aktivisták és kutatók részére olyan infrastruktúra építése, illetve célirányú oktatás és továbbképzés szervezése, amely elősegíti a hatékony népegészségügyi tevékenységet minden lehetséges megvalósulási szinten.*

- Népegészségügyi szakemberek körében a munkahelyi internet hozzáférés érje el a 100%-ot.
- A Népegészségügyi Program akciói során keletkezett népegészségügyi adatok nyilvánosság általi elérhetősége érje el a 100%-ot.
- Népegészségügyben tevékenykedő nem egészségügyi diplomások legalább 80%-a essen át megfelelő szakirányú képzésen.
- Népegészségügy forrásainak az évek során történő folyamatos bővítése.
- Egészségi hatásvizsgálatok intézményi háttérének előteremtése.

#### *Helyzetismertetés:*

A Népegészségügyi Program végrehajtásának sikere megkívánja a legmegfelelőbb körülmények előteremtését. Az erőforrás fejlesztés alprogram fő célja és feladata, hogy biztosítsa a forrásokat, információt, tudásanyagot a programban részt vevő szervezetek, csoportok és a népegészségügyben aktívan tevékenykedők részére. Az alprogramnak meg kell terveznie és létre kell hozni azt az erőforrást, amely alkalmas arra, hogy hatékonyan kivitelezhető legyen a program. Vannak olyan kapacitások a magyar népegészségügyben, amelyek már jelenleg is rendelkezésre állnak, de az esetek egy jelentős részében fejlesztésekre van szükség. A fejlesztett erőforrásoknak alkalmasnak kell lennie, hogy fokozza a lakosság egészségi állapotára kifejtett pozitív hatását, amely maga után vonja a rendszer szoros kapcsolatát a közösséggel és környezettel, illetve a rendszer gyors problémamegoldó

készségét. Az erőforrások fejlesztése magába foglalja a szervezeti struktúra megtervezését és létrehozását, a végrehajtó szervezetet szolgáló infrastruktúra megtervezését és felállítását, a szakmai alapokon nyugvó humánerőforrás fejlesztést, illetve a rendszerbe történő további forrásbevonás lehetőségének előteremtését.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók	
Korábbi tanulmányok metaanalízise	Népegészségügyi területen működő intézményekről, szervezetekről, olyan összefoglaló tanulmány készítése, amely figyelembe veszi az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” célkitűzéseit és felépítését, az EU normákat és követelményeket, az egészségfejlesztéshez szükséges jogszabály-alkotási és forrásbiztosítási feladatokat, illetve kitér a kapcsolatrendszerek elemzésére a korábban készült tanulmányok alapján.	SZ E R V
Szervezeti tervezés	Népegészségügyi program szervezeti, intézményrendszerének megtervezése, amely magába foglalja a szervezeti és intézményi feladatokat, felelőségeket, gazdákat, illetve az egymáshoz rendeltégi viszonyokat.	E Z E
Megvalósítás	A fenti tervek alapján a népegészségügyi program szervezeti felépítésének megvalósításához szükséges lépések elvégzése.	T I
Minőségbiztosítás	A megvalósult szervezeti struktúrában részt vevő intézetekben, intézményekben, önkormányzatokban, illetve civil szervezetekben olyan minőségbiztosítási rendszer kiépítése, mely garantálja a lakosság részére a népegészségügyi szolgáltatások széles körben elérhető magas színvonalát.	F E J L.
Tudás menedzsment	Népegészségügyi területen (rövid távon elsősorban ÁNTSZ, tanszékek) az internet hozzáférhetőség elterjesztése, mely folyamattal párhuzamosan képzési programokat kell szervezni az interneten történő tájékozódás mélyítésére.	
Adatbázis fejlesztése	A népegészségügyi program részére egy portál létrehozása mind a népegészségügyi szakemberek, az érdeklődő szakma, mind az érdeklődő lakosság részére. Szintén ezen a felületen valósulhat meg a jövőben többek között a népegészségügyi szakemberek távoktatása, adatbázisok fejlesztése-karbantartása stb. A hatékony megjelenés érdekében az on-line megjelenést off-line megjelenéssel kombinálva népegészségügyi magazin megjelentetése.	I N F R A S T
Adatgyűjtés fejlesztése	Olyan adatbázisok létrehozása, illetve a már meglévők fejlesztése, melyek képesek a döntéshozatali szinteket támogatni a veszélyforrásokról, kockázatok mértékéről, illetve trendekről.	R U K
Kommunikáció fejlesztés	Az adatbázisok fejlesztésének egyik lényeges eleme az adatok gyűjtésének fejlesztése, amely az infrastruktúra fejlesztésén túl szervezeti fejlesztést is igényel.	T.
Szolgáltatások elérhetőségének fejlesztése	Népegészségügyi területen aktívan tevékenykedő hatóságok, intézmények, civil szervezetek, illetve önkormányzatok közötti kölcsönös kommunikáció fejlesztése, amely magába foglalja a szakemberek könnyű hozzáférhetőségét is az érintett területeken, illetve elősegíti adott esetben a nemzetközi szakmai kapcsolattartást.	F E J L E
Civil kapcsolati rendszer fejlesztése	Népegészségügyi szolgálatok, prevenciós szolgáltatások a lakosság mind szélesebb körében történő hozzáférésének biztosítása.	S Z
	Civil szervezetekkel a kapcsolati rendszer mélyítése informális szervezeti struktúrában, mint a program végrehajtásának elengedhetetlen szerveivel. A kapcsolati rendszer fejlesztése során az egyik fő cél, hogy a civil szervezetek szolgáltatásnak adatokat tevékenységükről, mert ez alapvetően segítheti a népegészségügy terén a magasabb döntéshozatali szinteket.	T É S

ÁNTSZ munkavállalóinak továbbképzése	ÁNTSZ munkavállalók számára szervezett folyamatos továbbképzésekben a népegészségügyi program célirányos megjelenítése.	H U
Népegészségügyi menedzser képzés	Népegészségügyi területen aktívan tevékenykedők (legyen az ÁNTSZ munkavállaló, önkormányzati munkavállaló, érintett hatóságok munkavállalója vagy civil szervezet képviselője) körében a menedzsment szemlélet oktatása, amely a program projektszerű elemeinek megvalósítása során alapfeltétel.	M Á N E R Ö F O R
Posztgraduális képzés	Népegészségügyi területen végzett PhD programok és a felvett hallgatók számának növelése, rezidens képzésekben a népegészségügyi program oktatása, illetve a népegészségügyi programban foglalt alprogramoknak megfelelő szakvizsgák tantervébe a program beépítése.	R Á S
Graduális képzés	Tisztiorvos képzés akkreditált rendszerben történő megvalósítása. Népegészségügyet érintő felsőoktatási intézményekben (orvostudományi karokon, egészségügyi főiskolai karokon, gyógyszerészeti karokon) a népegészségügyi programhoz kötődő ismeretek strukturált átadása.	F E J L E S Z T É S
Továbbképzés, távoktatás, munkahelyi képzés	Népegészségügyi területen aktívan tevékenykedők (legyen az ÁNTSZ munkavállaló, önkormányzati munkavállaló, érintett hatóságok munkavállalója vagy civil szervezet képviselője) körében a népegészségügy szervezett oktatása a szervezeti szintnek megfelelő formában, ösztöndíjak, mentor programok bevezetése, illetve a munkahelyi lehetőségeknek megfelelően rotációk megszervezése.	
Internet használatának készség szintű elsajátítása	Népegészségügyi területen aktívan tevékenykedők interneten történő jártasságának elterjesztése, illetve az internet felhasználási területeinek oktatása.	
Teljesítmény monitorozás	A program megvalósulási fázisainak, illetve a szervezeti struktúra érettségi fokának megfelelően először intézményi szinten, majd fokozatosan az egyéni szinteken megjelenő teljesítmény monitorozás megvalósítása.	
Pályázati monitorozás	Népegészségügyi programot érintő hazai és nemzetközi pályázatok folyamatos nyomon követése, és lehetőség szerint a pályázati feltételek előteremtése, illetve magas színvonalú hazai és nemzetközi pályázatiírásban jártas szakembergárda biztosítása.	F O R R Á S F
Forrás tervezés	Népegészségügyi területekre szánt pénzügyi források szakmai, illetve a program céljait figyelembe vevő igényeken alapuló tervezése, illetve a rendelkezésre álló források elosztási módjának megtervezése.	E J L.
Üzleti tőke együttműködés	Üzleti tőke semleges megjelenése a népegészségügyi programot érintő olyan területeken, ahol üzleti, illetve politikai érdekeket nem sértő módon történik.	
PhD képzés	Népegészségügyi területen végzett PhD kutatások és az erre fordított források monitorozása és szakmai értékelése.	K U T
Alapkutatási pályázatok	Népegészségügyi alapkutatások és az erre fordított források megszerezése.	
Módszertani kutatások	Népegészségügyi módszertani kutatások indítása, illetve azok eredményei tükrében ajánlások megfogalmazása és modellkísérletek/projektek összeállítása.	A T Á S F
Modellprogramok	Módszertanilag alátámasztott modellprogramok indítása a tervezett modellek alapján.	E J L.
Egészséghatás vizsgálatok	Stratégiai döntések, népegészségügyi cselekvési programok társadalmi és gazdasági hatásainak, illetve a jogszabályok várt hatásainak folyamatos mérése, mely stratégia első lépése az intézményi háttér megszervezése.	

*Várható eredmények:*

Az erőforrás alprogram céljainak megvalósítása esetén olyan EU-konform népegészségügyi infrastruktúra és emberi erőforrás kapacitás születik, amely a népegészségügy kihívásaira gyorsan és hatékonyan képes reagálni. Ezen tevékenységgel komoly támogatást képes nyújtani a döntéshozatali szinteknek, illetve az államigazgatás és gazdaság különböző szereplőinek, és a fejlesztések eredményeként megvalósulhat, hogy a népegészségügyi akciók kivitelezésében nem az ÁNTSZ játssza a főszerepet a jövőben, hanem a hangsúly a civil szervezetekre és az önkormányzatokra tevődik át úgy, hogy ezen szervezetek, önkormányzatok folyamatosan támaszkodhatnak az ÁNTSZ szakértelmére.

## Monitorozás - informatika

*Cél:*

*Monitorozni a Program előrehaladását, követni a lakosság egészségi állapotának és meghatározó tényezőinek a Program végrehajtása nyomán bekövetkezett változásait.*

*Helyzetismertetés:*

A Program megvalósulásának folyamatos monitorozása hatékonyan támogatja a Program irányítását, jelentősen hozzájárulva a Program sikerességéhez. A Program monitorozása során jelzett esetleges elmaradások és problémák korai felismerése lehetőséget nyújt a gyors és hatékony beavatkozásra. A monitorozás ugyanakkor képes biztosítani a szükséges információt az alprogramokban egyidejűleg zajló akciók végrehajtásának összehangolásához.

Az eredményesség megállapításához elengedhetetlen a Program hatásának mérése is. A végrehajtott akciók hatását a lakosság életmódja és környezete egészségesebbé válásával, valamint egészségi állapotának javulásával mutathatjuk ki.

A monitorozás feladata szükséges gyakorisággal felmérni a lakosság egészségét és annak főbb meghatározó tényezőit.

A Programban szereplő indikátorok jelentős részéről - különös tekintettel az életmódra és egyes nem-fertőző megbetegedések gyakoriságára -, a hazai egészségmonitorozási rendszer jelenlegi adatgyűjtései nem szolgáltatnak elégséges információt. Az egészségmonitorozás hazai rendszerének korszerűsítése, fejlesztése nélkülözhetetlen a Program eredményességének megítéléséhez.

A lakosság egészségi állapotáról az alábbi adatok nyújtanak információt: halálzási adatok, az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő lakosokra vonatkozó adatok, reprezentatív házi orvosi körzetekben, egyes lakossági csoportokra kiterjedő adatgyűjtések, valamint a teljes lakosság reprezentatív mintájának egészségfelméréséből származó adatok.

*Megvalósítás stratégiai irányai:*

Feladatok	Szükséges akciók
Programmonitorozás	A Program megvalósulásának nyomon követésére alkalmas módszer kialakítása, üzemeltetése, negyedévenkénti jelentés elkészítése a program vezetésének.
Az egészségmonitorozási rendszer fejlesztése	Az egészségmonitorozási rendszerben részt vevő intézmények tevékenységének összehangolása, és az Európai Unió egészséginformációs fejlesztéseivel történő összhang megteremtése érdekében az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium irányításával olyan bizottság létrehozása, amely az egészségmonitorozási rendszer fejlesztését koordinálja, felügyeli.
Indikátor rendszer kialakítása, kiindulási egészségállapot meghatározása	Az egyes alprogramokban szereplő indikátor gyűjteményének összeállítása, elérhetőségük és mérhetőségük elemzése. A szükséges adatforrások azonosítása, hiányzó adatforrás esetén javaslat kidolgozása helyettesítő

	adatforrásra vagy kifejlesztendő adatgyűjtésre. A magyar lakosság egészségi állapotát a Program indulásakor bemutató tanulmány elkészítése a kétévenkénti népegészségügyi jelentés részeként.
Az adatgyűjtések kiterjesztése	A Program eredményességének monitorozása érdekében rendszeres gyakorisággal végrehajtott országos reprezentatív kérdőíves lakossági egészségfelmérés. Morbiditási adatok és ellátási gyakorlatra vonatkozó adatok folyamatos gyűjtéséhez országosan reprezentatív házi orvosi körzetekre épülő Házi orvosi Monitorozó Program beindítása.

*Várható eredmények:*

Az alprogram végrehajtása biztosítja mind a Program megvalósulásának, mind a Program eredményességének monitorozását.

Létrejön a lakosság egészségi állapota monitorozásának módszertani bázisa, valamint fejlődik intézményi háttere és irányítási rendszere.

## **JOHAN BÉLA ÉLETMŰVE (1889-1983)**

Johan Béla 1889-ben született Pécsen, ahol édesapja tisztifőorvos volt. 1907-től Budapesten élt, orvostudományi oklevelét 1912-ben a Budapesti Egyetem Orvosi Karán szerezte meg. Figyelme az első világháború alatt fellépő járványok hatására a bakteriológia felé fordult, közreműködött a hadseregnek gyártott kolera és hastífusz oltások készítésében. 1925-ben a törvénnyel megalapított Országos Közegészségügyi Intézet (OKI) igazgatójává nevezték ki. Ezt követően Rockefeller-ösztöndíjasként az Egyesült Államokban és több európai országban tanulmányozta a központi közegészségügyi intézmények rendszerét. 1927-ben kezdte meg igazgatói munkáját.

Felhívta a Kormány és a társadalom figyelmét a falvak súlyos egészségügyi helyzetére és a fennálló állapot javításának halaszthatatlan szükségességére. Meggyőződése volt, hogy elsősorban jól képzett egészségügyi személyzetről kell gondoskodni, ezért létrehozta az OKI 20 fiókállomását, beindította a fertőzőbeteg jelentési rendszer működését, megreformálta a tisztiorvosképzést, és elindította a védőnők - a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat tagjainak - képzését.

1935-ben belügyminisztériumi államtitkárrá nevezték ki, de ezután is minden nap bejárt az OKI-ba. Ez lehetővé tette, hogy a Minisztérium és az OKI tevékenysége egymással szoros összhangban legyen. 1936-ban a hatósági orvosi tevékenység egységes irányítására megvalósította a tisztiorvosi szolgálat, később a közegészségügyi (kórorvosi és védőnői) szolgálat államosítását, megalkotta a szükséges jogszabályokat.

Tudományos munkájának elismerését jelenti, hogy a Budapesti Egyetem Orvosi Karán 1919-ben egyetemi magántanári, 1927-ben nyilvános rendkívüli tanári címet kapott, a Magyar Tudományos Akadémia 1942-ben levelező tagjává választotta. 1943-ban államtitkári feladatai mellett újból átvette az OKI főigazgatói teendőinek ellátását. 1944-ben, a német megszállás után állásától megfosztották, majd internálták.

Sajnos, a háború után sem jutott méltó szerephez a közegészségügyben. A Phylaxiánál antibiotikum kutatással és a hazai penicillin termelés előkészítésével foglalkozott. 1945 után ugyanis az amerikai szakemberek vele vették fel a kapcsolatot és hozzá juttatták el azt a penicillintörzset, amely a hazai gyártás alapját képezte. E kapcsolata az 1950-es években gyanúsnak minősült, ezért Kistarcsára internálták, sőt megfosztották akadémiai levelező tagságától is.

Később a Kőbányai Gyógyszergyárban helyezkedett el, ahol még 90 éves korában is dolgozott és a hazai B<sub>12</sub>-vitamin kutatásban és gyártásban szerzett igen jelentős érdemeket. Munkáját „Kiváló újító”, „Kiváló feltaláló” és a „Vegyipar kiváló dolgozója” címmel ismerték el. 1972-ben rehabilitálták, megkapta a „Munka Érdemrend arany fokozatát”.

Egészségügyi koncepciója helyesnek és időtállóknak bizonyult. Életét hazája nehéz körülményei között szentelte a nép egészsége védelmének.

1989-ben, születésének 100. évfordulóján a Magyar Tudományos Akadémia visszaállította akadémiai tagságát. Az Országos Közegészségügyi Intézet felvette nevét, és felállították mellszobrát, tisztelettel fejet hajtva mindazon erőfeszítés előtt, amelyeket Johan Béla munkássága során a népegészségügy érdekében kifejtett. 1998-ban, az Országos Közegészségügyi Intézet átalakításakor Johan Béla nevét az Országos Epidemiológiai Központ vette fel. A Magyarországi Alapítvány kurátorai a beérkezett állampolgári ajánlásokat figyelembe véve kinyilvánították, hogy

Johan Bélának a magyar közegészségügy megszervezéséért végzett kiemelkedő tevékenysége a Magyar Örökség részét képezi.

Johan Béla nevét a Magyar Örökség díjazottainak Aranykönyve őrzi.

## Függelék

# AZ EGÉSZSÉG ÉVTIZEDÉNEK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJÁHOZ

## EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ TÁRSADALMI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA

### *Egészséges ifjúság*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. 2003-ban családtervezési tanácsadás integrálása a Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) hálózatának munkájába.
2. A nő, anya és 0-18 éves gyermek-egészségügyi ellátásban a megelőzés egységes elveinek, kompetenciaköreinek meghatározása, módszertanának fejlesztése.
3. A védőnői szakfelügyeleti rendszer személyi, tárgyi és továbbképzési feltételeinek fejlesztése, egységes elveinek, kritériumrendszerének meghatározása, elfogadása, bevezetése.
4. Meglévő iskolai egészségfejlesztési programok egységes szempontrendszer szerinti áttekintése, kataszter készítés, az adatok közzététele annak érdekében, hogy a közoktatás intézményrendszere szakmailag megalapozott döntéseket tudjon hozni az alkalmazni kívánt programok tekintetében. A fentiek alapján akkreditálási szempontok kidolgozása.
5. Az egészségfejlesztő, ezen belül a biztonságos iskola (óvoda), helyi sajátosságokhoz illeszkedő működési standardjainak kidolgozása.
6. Az adatok értékelésének fényében 2004-ben szükség lehet pályázat kiírására, melynek keretén belül olyan programok fejlesztésére hívjuk fel a terület szakértőit, amelyek a választékból hiányoznak, vagy szakmailag nem kielégítőek.
7. Együttműködésre kész felsőoktatási intézmények azonosítása annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési ismeretek szervesen beépüljenek a pedagógusok graduális képzésébe (a tanári mesterség blokk elemeként).
8. A jogszabályi környezet olyan irányú átalakítása, hogy az ilyen tematikájú kurzusok teljesítése a képesítési követelmények részévé váljon.
9. A szerepet vállaló felsőoktatási intézményekkel együttműködve kerül kialakításra a kurzusok tematikája, valamint kipróbálásra az elkészült tananyag.
10. A meglévő és szakmailag megfelelőnek minősített tanár-továbbképzések rendszerén belül további 800 általános és középiskolai pedagógus részesül minimum 30 órás akkreditált továbbképzésben.
11. A soron következő „Iskolás gyermekek egészségmagatartása” adatfelvétel előkészítése, a kérdőív céloknak megfelelő kibővítése, részvétel a nemzetközi előkészítő tanácskozásokon.
12. A nemzetközi és hazai szakirodalom alapján megfelelő eszközrendszer kidolgozása, melynek segítségével szükségletfelmérést lehet végezni a leszakadó rétegek preventív szükségleteivel kapcsolatban (RAR - Gyors Felmérés és Válasz Technika felhasználásával).
13. A szükségletek ismeretében a meglévő egészségfejlesztési kínálat áttekintése, javaslatok megtétele a programok átdolgozására illetőleg új programok fejlesztésére.

### *Idősek egészségi állapotának javítása*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Pályázat kiírása orvosi, ápolói, szociális munkás képzés és családorvosi szakvizsga képzés olyan tananyagának kidolgozására, amely tartalmazza az időskor sajátosságait (pl. ételtan, gyógyszerteran, gyógyászati segédeszköz alkalmazás, pszichiátria stb. területén) és elősegíti a geriatricai/gerontológiai szolgálat team munkában történő ellátását.

2. Munkacsoportok a média munkatársai számára az időskorral kapcsolatos PR kérdésekről és lehetőségekről.
3. Igényfelmérés arról, hogy hány család vagy egyedülálló számára lenne szükség átmeneti gondoskodásra, rehabilitációs lehetőségre.
4. 10 megyében indult el - 1500 készülékkel - a jelzőrendszer szolgálat, ennek országos szintű továbbterjesztése.
5. Továbbfejlesztve a házi ápolási rendszert, abba fokozatosan beépíteni a gyógytornász és „foglalkoztatás terapeuta” részvételét, amely megkívánja a megfelelő számú szakember képzését.
6. A nyugdíj már megindult emelése mellett természetbeni juttatás tervezését megkezdeni. Például településenként a szociális alpból fedezni a festést, nagytakarítást, ruhatisztítást stb. megadott kisvállalkozók bevonásával, akikkel az önkormányzat erre szerződést köt. Ennek megszervezését is egy szükséglet- és kínálatfelmérés kell megelőzze, valamint a megfelelő, a részvételi feltételeket és a lehetőségeket ismertető anyagok kiadása. Így a megvalósításra a következő bienniumban már sor kerülhet.
7. Zöld számos telefonszolgálatot szervezni, ahol az idős ember jelezheti, hogy miben tudná és szeretné hasznosítani magát. Ennek lehetőségét média felhívásokban lehet ismertetni, s a felajánlott szolgálatok közvetítését is a médián keresztül lehet megszervezni (pl. „mit üzen a rádió” formában).
8. Fel kell mérni a várólisták alapján az idősök otthonaiban való elhelyezési igényt, valamint a diétára szorulókat ellátottságának mértékét (ezt is az egészségügyi és a szociális alapellátás segítségével). Ennek alapján ki kell dolgozni egy olyan ösztönző rendszert, amely elősegíti az igényeknek megfelelő férőhelyek kialakítását, illetve házi ellátás színvonalas biztosítását.
9. Pályázati lehetőséget biztosítani (pl. a pedagógusokhoz hasonlóan) egyedülálló idős emberek számára asztali számítógép, illetve internet hozzáférés céljából. A lehetőséget és a feltételeket a médiában meghirdetni.
10. A már működő idősök egyetemének nagyobb publicitást biztosítani, s más oktatási formákat kidolgozni az OM bevonásával az idősök sajátos igényeinek figyelembevételével. Idősök számára ismeretterjesztő programok szervezése idősök klubjában, a televízióban, idősök otthonaiban.
11. Biztonságos otthoni környezet körülményeinek megvalósítását, a legkevésbé költségigényes, EU komfort standardoknak megfelelő „idősre szabó eljárások” modellszerű indítását a lakásokban: küszöb eltávolítása, fogódzók felszerelése, egy-két fal elbontása, zuhanyozó kialakítása stb.
12. „Otthonápolási, laikus gondozási lánc” fokozatos kiépítése.
13. Megkezdjük a geriátriai kutatás fejlesztését, valamint geriátriai/gerontológiai modell centrumok kialakítását.

## *Esélyegyenlőség az egészségért*

### *2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés esélyének vizsgálata a társadalomból kirekesztett csoportok esetében, különös tekintettel a számukra elérhető alapvető egészségügyi ellátásra. A kutatás - figyelembe véve az ismert GDP, munkanélküliségi mutatókat - a következő megyékre, városokra terjed ki: Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Somogy és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, Budapest legszegényebb területei. Ugyanitt a roma népesség körében, reprezentatív mintán az egészségügyben tapasztalt diszkrimináció összefüggéseinek feltárása (esettanulmányok).
2. Pályázat a telepeken, illetve telepszerű elrendezésben élőknek, a hajléktalanoknak az egészségügyi ellátásba történő bevonását célzó intézkedések, programok támogatására.
3. Célzott szűrővizsgálatok az esélyegyenlőséget vizsgáló kutatás helyszínein (TBC, hepatitis, daganatos megbetegedések, gyermekgyógyászati megbetegedések stb.). Mobil szűrőállomások igénybevétele.
4. Pályázat tájékoztató és oktatóprogramok megtervezésére és bevezetésére a társadalomból kirekesztett társadalmi csoportok részére a védőnői hálózat, a szociális munkások és az alapellátásban részt vevő orvosok és a romák intézményeinek (kisebbségi önkormányzatok, non-profit szervezetek, közösségi házak stb.) részvételével.
5. Pályázat az orvosi és egyéb egészségügyi szakképzést (graduális és posztgraduális szinten) folytató intézmények képzési rendjébe illeszthető tréning jellegű oktatási modulok kialakítására, amelyek célul tűzik ki a másság, a fogyatékoság iránt való érzékenységet javítását.
6. Más antidiszkriminációs public relations (PR) kampányhoz kapcsolódóan, illetve önálló kezdeményezésként is kampányok indítása a diszkriminációmentes egészségügyi ellátás sokszintű népszerűsítése érdekében. (Népegészségügyi Program kommunikációs stratégiája, közmédia, szakmai anyagok.)
7. A társadalomból kirekesztett lakosságot érintő, OEP által finanszírozott ellátások hatékonyabbá tétele
8. A célokat szolgáló cselekvések hatékonyságkontrollját szolgáló elemző és monitoring eljárások kiválasztása és/vagy kidolgozása.
9. Pályázat a halmozottan fogyatékos személyek orvosi ellátást célzó programok támogatására.

## *Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. A meglévő tevékenységek feltérképezése egészségfejlesztés az élet színterein - adatbank.
2. A különböző szinterek képviselőinek közös tréningje régióként, majd konszenzuson alapuló hosszú távú terv elkészítése, szinterekre, feladatokra, intézményekre, civil partnerekre lebontva szorosan együttműködve a népegészségügyi program többi komponensének vezetőjével.
3. A céloknak megfelelő pályázatok kiírása, elbírálása és finanszírozása.
4. Szabályozási és jogszabály-alkotási alternatívák kidolgozása a települések döntéshozói számára az egészségbarát településtervezés és -politika érdekében, mint a önkormányzati szabályzattár tervezése.
5. A szükséges kutatás, monitorozás, értékelés módszereinek és indikátorainak meghatározása.
6. A marketing stratégia egyeztetése a népegészségügyi program többi elemével.
7. Megjelenés hazai és nemzetközi fórumokon.
8. A program írott formában történő megjelentetése, illetve interneten való kereshetőségének biztosítása.

## *AZ EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD PROGRAMJAI, AZ EMBERI EGÉSZSÉG KOCKÁZATI TÉNYEZŐINEK CSÖKKENTÉSE*

### *A dohányzás visszaszorítása*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Dohányzásellenes koordinációs iroda felállítása.
2. A hazai és más országokbeli kampányok elemzése, javaslattétel a készülő Országos Dohányzásellenes Kampány tartalmára, üzenetére, média-összetételére, költségvetésére, menedzselésére, nyomon követésére és ellenőrzésére.
3. Országos Dohányzásellenes Kampány indítása.
4. Telefonos zöld szám és internetes leszokást elősegítő program indítása.
5. Dohányzásellenes oldalak kifejlesztése a népegészségügyi portálon.
6. Leszokást elősegítő csomag összeállítása.
7. Forródrót a dohányzással kapcsolatos szabályok, törvények megsértésének bejelentésére.
8. Szakemberek közötti kommunikáció elősegítése a honlapon keresztül.
9. Országos Dohányzásellenes Fórum újraindítása és működtetése.
10. Füstszűrő újraindítása és működtetése.
11. A dohányipar hazai tevékenysége monitorozásának elindítása és az eredmények kommunikációja.
12. Rendszeres sajtótájékoztatók szervezése a témában.
13. A területen dolgozó kulcsszereplők és dohányzásellenes tevékenységek elemzése.

### *Az alkohol és drogmegelőzés*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Alkoholológiai, illetve addiktológiai oktatástámogatás (kezdeményszinten) orvosgyógyászati, pszichológusok, szociális munkások, pedagógusok képzőhelyein, illetve ezeknek az ismerteknek megjelenítése a posztgraduális szakemberképzésben.
2. „Alkohol minimális intervenciók” programok az alapellátásban, illetve a szomatikus szakellátás egyes ambuláns, illetve intézményes színterein, modell-, illetve demonstrációs programok, képzések, ellátásszervezés.
3. Munkahelyi bázisú korai kezelésbevitel demonstrációs programjai (szervezet belüli akciók rendszer, ellátásszervezés, monitorozás, eredményességi vizsgálatok).
4. Alkoholfogyasztásra vonatkozó epidemiológiai adatok gyűjtése, csatlakozás felmérésekhez, országos reprezentatív mintán történő felmérés (rendszeresen ismétlődő felmérések bázisaként, illetve előtanulmányként).
5. Alkoholisták, illetve drogbetegek családjában nevelkedő gyerekek megelőzési, korrekciós programjai (civil szervezetek és egyházi szervezetek segítségével), modellprogramok

6. Alacsonyküszöbű tanácsadó, illetve egészségpszichológiai beavatkozási technikákat alkalmazó terápiás járóbetegek és outreach szolgálatok (TÁMASZ gondozókban és egyházi ellátóhelyek, szolgáltató központok keretében).

7. Gyógyult alkoholbetegek civil szervezeteinek és az alkohol- és drogterületeken működő önszolgáltató csoportoknak segítése, fejlesztése.

8. Innovatív kezelési technikák drog- és alkoholbetegek korai ambuláns és intézményes kezelésében (családterápia, hipnózis, kognitív-, magatartási technikák, NLP stb.).

9. Intenzív (fekvőbeteg-, illetve járóbeteg-ellátási keretben, illetve nappali szanatórium formájában alkalmazott) ellátási modellek változásra erősen motivált alkohol- és drogbetegek kezelésére.

10. Újságírók képzése, speciális műsorok támogatása, kommunikációs hallgatók aktiválása, az egyes akciók programjainak médiamarketingje, kapcsolattartás a médiaszakemberekkel.

11. Szakanyagok, szakkönyvek kiadása, támogatása, részben az egyes program elemekhez kapcsolódó módon.

## *Egészséges táplálkozás és élelmiszer-biztonság*

### *2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Táplálkozási és tápláltsági állapot vizsgálata reprezentatív lakossági mintán együttműködve az FVM, MÉTE-vel.

2. Élelmiszer- és táplálkozáspolitika véglegesítése, elfogadása, bevezetése az EVSZ-Euro irányelveivel harmonizálva együttműködve az FVM, OM, MEH, MÉTE-vel.

3. Táplálkozási Ajánlások új kiadásának megjelentetése nagy példányszámban.

4. Harmadik-negyedik osztályos általános iskolai tanulók egészséges táplálkozásra oktatása dietetikusok által. Ötödik osztályos tanulók táplálkozási oktatásának folytatása.

5. „Zöltség-, főzelék- és gyümölcsfogyasztás háromszor naponta” országos akció bevezetése az FVM-mel és OM-mel együttműködve.

6. Zöld piramis akció indítása.

7. Élelmiszer- és táplálkozáspolitika továbbképzése (egészséges táplálkozás, élelmiszer-biztonság).

8. Táplálkozási tanácsadás bevezetése a családtervezési egészségnevelésbe.

9. Szakmai konzultáció az élelmiszeripar szakértőivel a kedvezőbb struktúrájú és összetételű élelmiszerek kifejlesztés, gyártás érdekében FVM, GKM közreműködésével; valamint több táplálkozási információt tartalmazó élelmiszer címke bevezetése érdekében.

10. A kis közösségekben az egészséges táplálkozást oktatók oktatásában részt vesznek dietetikusok, vöröskeresztes aktivisták, családsegítő szakemberek, védőnők.

11. Együttműködés kialakítása a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiummal a 6 hónapig kizárólagos szoptatás és a megfelelő elválasztás alapelveinek elterjesztése érdekében, valamint az 1-3 éves korú gyermekek egészséges táplálkozásának megvalósítása céljából.

12. Közétkeztetés éttrendjeinek vizsgálata és szükség esetén új éttrend felajánlása.

13. A gyermekétkeztetésben részt vevők számának növelése.

14. Programtervezet kidolgozása az iskolai büfék egészséges választékának bevezetése érdekében.

15. Az élelmiszer adatbank bővítése és nyilvánossá tétele, emellett az élelmiszer intolerancia és táplálkozási allergia adatbank bővítésére is szükség van.

16. Élelmiszer-biztonsági politika kidolgozása, széles körű ismertetése, elfogadtatása.

17. A lakosság széles körű élelmiszer-biztonsági (élelmiszer-higiéniai) felvilágosítása a háztartásban előforduló ételmérgeződések nagy gyakoriságának csökkentése végett, módszertani útmutatók, ellenőrzési intézkedések, protokollok kidolgozása.

18. A HACCP rendszerek bevezetésének elősegítése és hatékony ellenőrzése. 2003-tól évente kétszer az ÁNTSZ által az egész országra kiterjedően, egy időben végrehajtott akcióellenőrzés.

## *Aktív testmozgás elterjesztése*

### *2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Testedzésben gazdagabb világnapok (Egészségügy szereplői, ÁNTSZ, helyi döntéshozók, helyi média és a lakosság a helyi szakemberek mellett).

2. A mindennapi egészségfejlesztő testmozgás legjobban bevált módszereinek további támogatása többlettámogatás pályázat útján a 2003/2004-es tanévben; az egészségfejlesztő hatékonyság kritériumainak kidolgozása széles körű együttműködésben; valamint a mindennapi egészségfejlesztő testmozgás finanszírozásának beépítése a 2004. évi költségvetésbe.

3. Adj Magadra! A családi egészséges életmód karmesterek, a NŐK számára sportklubok alakítása a már meglévő, országosan szétszórt 20 Gyalogló- és Futóklub mintájára.

4. Munkahelyeken választható akciók: „Menjünk lépcsőn lift helyett!” - „Mozogj egér nélkül is!” - „Munkahelyi sportpéntek” - „Öltönyös és kosztümös Torna” - „Mozgó percek és mozgó testek”.

5. „Egészség a legerősebb fegyver” HM projekt.

6. Országos gyalogló 40 perces meghatározott napokon, elsősorban az idősödő lakosság számára.

7. Médiastratégia együttesen az Egészség Évtizede népegészségügyi program alprogramjaival.

8. Képzés, továbbképzés az egészségfejlesztésről, de különösen a rendszeres testedzés alapismereteiről, fontosságáról pedagógusoknak, az egészségügyi egészségfejlesztőinek.

## *Közegészségügyi és járványügyi biztonság*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

### *Feladat 1.*

1.1. Megszervezendő a sugárszennyezettség, kémiai szennyezettség, biológiai tényezőkkel történt fertőzés mérésére, diagnosztizálására, veszélyazonosítására szolgáló laboratóriumi háttér. Ennek infrastruktúrális része PHARE támogatásból rendelkezésre áll, részben az OKK-ban és az OEK-ban, részben a regionális intézetekben;

1.2. Fel kell szerelni, illetve ki kell alakítani egy mobil egységet (3 db speciálisan átalakított, illetve berendezett gépjármű);

1.3. A közegészségügyi biztonság megerősítésével kapcsolatos feladatok:

1.3.1. ügyeleti rendszer, riasztási lánc megszervezése, képzése;

1.3.2. ÁNTSZ szerkezetének korszerűsítése (OTH, illetőleg városi intézetek megerősítése, megyei intézetek és országos központok racionális működtetése);

1.3.3. képzési követelmények megfogalmazása a kémiai biztonság, a munkaegészségügy, a környezetegészségügy, a sugáregészségügy, az élelmiszer-biztonság, járványügyi biztonság területén - szakképzés, továbbképzés, speciális képzések;

1.3.4. egészségügyi ellátási rendszer minőségi kontrolljának kialakítása;

1.3.5. hatékony hatósági ellenőrzés módszertanának kidolgozása (élelmiszer-biztonság, környezetegészségügy, sugáregészségügy, kémiai biztonság) - akciószerű, egyidejűleg az egész ország területén végrehajtott célfelüyeleti tevékenység tematikájának kidolgozása.

1.4. Képzéssel, továbbképzéssel kapcsolatos feladatok:

1.4.1. az iskolarendszerű munkahigiénés szakképzés megkezdése (PHARE támogatással biztosított);

1.4.2. élelmiszer-biztonsági felügyelőképzés megalapozása (program kidolgozás, jegyzetek megírása);

1.4.3. környezetegészségügyi felügyelőképzés;

1.4.4. sugár-egészségügyi felügyelőképzés;

1.4.5. járványügyi felügyelőképzés és infékciónkontroll szakemberképzés;

1.4.6. (a kémiai biztonsági felügyelőképzés 2002-ben befejeződött.)

### *Feladat 2.*

A sugár- és kémiai biztonsággal kapcsolatban:

2.1. a politika kidolgozása, széles körű ismertetése, elfogadtatása;

2.2. a kémiai biztonsági nemzeti profil korszerűsítése, a nemzeti kémiai biztonsági akcióprogram kidolgozása - figyelemmel az IFCS (Intergovernmental Forum on Chemical Safety) ajánlásaira -, és végrehajtásának megindítása;

2.3. meg kell teremteni az illegálisan országba jutó és lefoglalt, betiltott veszélyes anyagok és sugárforrások gyors helyszíni azonosítása és szükség szerinti intézkedések megtétele feltételét jelentő speciális mintavételi egységet;

2.4. gondoskodni kell, hogy a sugár- és kémiai biztonsági mobil egységek személyzete és a társhatóságok érintett szakemberei megismerjék a sugárvédelemmel és kémiai biztonsággal kapcsolatos eljárások speciális követelményeit.

### *Feladat 3.*

A járványügyi biztonsággal kapcsolatban:

- 3.1. politika kidolgozása, széles körű ismertetése, elfogadtatása;
- 3.2. a járványügyi gyorsreagálást biztosító felügyeleti rendszert kiszolgáló laboratóriumi és informatikai háttér fejlesztése, új ismeretek és módszerek széles körű bevezetése, elfogadtatása;
- 3.3. közép- és hosszú távú védőoltási stratégia kidolgozása;
- 3.4. az új, illetve veszélyes fertőző betegségek modern laboratóriumi diagnosztikájának fejlesztése a megfelelő biztonsági laboratóriumi és referencia laboratóriumi háttérrel együtt;
- 3.5. a kórházi fertőzésekre vonatkozó új adatgyűjtési rendszer beindítása;
- 3.6. a Directly Observed Treatment (DOT) bevezetése 5 megyében.

### *Feladat 4.*

Munka-egészségügyi felkészülés:

- 4.1. jogszabálytervezet kidolgozása a foglalkozási megbetegedések teljes körű bejelentéséhez;
- 4.2. a munka-egészségügyi országprofil kidolgozása;
- 4.3. a Munkavédelem Országos Programjában (MOP) a munkaegészségügy feladataként megjelölt részek végrehajtása.

### *Feladat 5.*

A környezet-egészségügyi biztonsággal kapcsolatban:

- 5.1. politika kidolgozása, széles körű ismertetése, elfogadtatása;
- 5.2. az ipari létesítmények veszélyességének és környezet-egészségügyi kockázatának gyors értékelésére szolgáló módszertani útmutató elkészítése és kiadása,
- 5.3. akciószerű felügyelet környezet-egészségügyi havária-tervek ellenőrzésére, évente kétszer.

### *Feladat 6.*

Az ÁNTSZ informatikai fejlesztésével kapcsolatban:

- 6.1. be kell indítani az ÁNTSZ központi és területi intézeteit átfogó olyan információs rendszert és infrastruktúrát, amely biztosítja az ÁNTSZ gyors reagáló képességét annak minden szintjén (országos, regionális, megyei, városi) és a közegészségügy minden kulcsterületén, és olyan strukturált és valid adatbázisokat tartalmaz, amely lehetővé teszi a gyors veszélyelemzést és tájékoztatást;
- 6.2. ki kell alakítani a kémiai, élelmiszer-, járványügyi-, sugárbiztonság, munkavédelem, környezet-egészségügy területén a felügyeleti munka koordinációjának megerősítését támogató adatbázisokat, amelyek révén a Szolgálat ellenőrző, hatályérvényesítő képessége is javul;
- 6.4. ki kell építeni a közegészségügyi biztonság intézményesülésében érintett társhatóságokkal a naprakész és gyors információ áramlást szolgáló kapcsolatrendszereket;
- 6.5. működésbe kell hozni a Kémiai Biztonsági Információs Rendszert (KBIR).

## *Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Talajszennyezettség vizsgálatának alapszakaszában városonként két kiválasztott célterület vizsgálata.
2. A hazai hulladéklerakók felmérése és környezetszennyező hatásainak vizsgálata.
3. Azbesztszigetelést tartalmazó épületek helyszíni mintavételezése és azbeszttípusának megállapítása; az azbesztet tartalmazó épületek helyiségeiben légtéri háttérmérések; az épületek azbesztbontása során szivárgás- és tisztasági hatásfokmérések.
4. Évenként 1200 dioxin és dioxin toxicitású vegyület meghatározása.
5. Lakossági tájékoztatás a humán alkalmazkodás elősegítésére.
6. Rendszeres adatközlés kialakítása a gyógyító intézményekkel az extrém időjárási helyzetekkel kapcsolatos a sürgősségi betegellátás tervezésének elősegítésére.

7. Felhívás a parlagfű mentesítésre: a PARLAGFŰMENTESÍTŐ HÉT (június utolsó hete) évenkénti megszervezése.

8. A földtulajdonosok, bérlők buzdítása felhívások, szóróanyagok, ismeretterjesztő előadások keretében a folyamatos gyommentesítésre ÁNTSZ megyei parlagfű koordinátorok közreműködésével.

9. Gyors és gyakori információtovábbítás, a pollenhelyzet aktuális és várható alakulásának előrejelzése és ennek közzététele az írott és elektronikus médiában a meteorológiai jelentés részeként.

10. Orvosok, önkormányzatok és társhatóságok rendszeres tájékoztatási formáinak bővítése a parlagfű szezonban.

11. Az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózatának fejlesztése további pollencsapdákkal, a telepítés szakmai feltételeként a fogadókész állomásokon a későbbi személyzet oktatása, szakmai továbbképzése.

12. Az allergiás betegforgalmi adatok rendszeres értékelése.

13. A természetes fürdők mikrobiológiai szennyezettségét befolyásoló tényezők vizsgálata: csapadékbemosódás, vízi madarak szennyező hatásának vizsgálata.

14. Az ásvány- és gyógyvizek használatával kapcsolatos higiénés- és minőségbiztosítási fejlesztés.

15. Metodikai fejlesztések a víruskimutatás és a protozoológiai módszerek terén.

16. Kéalgák allergizáló, bőrirritáló hatásának vizsgálata vízvirágzás idején fürdőzőknél.

17. Természetes és medencés fürdővizekben Cryptosporidium és Giardia protozoonok vizsgálata.

18. Folyamatos tájékoztatás kialakítása a lakosság részére a rekreációs vizek mikrobiológiai minőségéről.

19. Országos adatgyűjtés a környezetbe kerülő elektromágneses berendezésekről.

20. Modelllezési és validálási eljárások kidolgozása.

21. Adatbázis feltöltésének elkezdése.

22. Magyarország radontérképének elkészítéséhez szükséges legmegfelelőbb módszer kidolgozása.

23. Az adatgyűjtésbe bevonható szervezetek, személyek megkeresése.

24. A lakóterek radon aktivitás-koncentrációjának reprezentatív felméréséhez szükséges adatlap megszerkesztése.

25. Megfelelő mérési módszer kidolgozása.

26. A kidolgozott módszerek és eszközök tesztelése érdekében egy szűk terület reprezentatív felmérése.

27. Pályázati rendszer kidolgozása, és a pályázati alapok feltöltése a helyi környezet-egészségügyi akciótervek kidolgozásának biztosítására, minisztériumok közötti többoldalú megállapodás keretében (KvVM, BM, ESzCsM, FVM).

## *AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁSOK, MEGBETEGEDÉSEK, FOGYATÉKOSSÁG MEGELŐZÉSE*

### *Koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Epidemiológiai adatok nyerése magasvérnyomás, vérszír eltérések, elhízás, csökkent glükóz tolerancia, illetve cukorbetegség terén.

2. Minden orvos-beteg találkozás során kerüljön felismerésre a magasvérnyomás, a dohányzás és az elhízás.

3. A háziorvosi rendelőkben szív- és érrendszeri kockázati táblázat használatba vétele.

4. Halmozott kockázatú betegek további kivizsgálásának megszervezése stroke- vagy cardiovascularis ambulanciákon (Doppler-vizsgálat, TCD-vizsgálat).

5. Nyilvántartások fejlesztése, kiterjesztése.

6. Beteg klub hálózat felállítása, illetve a meglévők támogatása.

7. Egynapos rendezvények (pl. Szívünk Napja, Hypertonia Nap) népszerűsítése, illetve országos kiterjesztése.

8. A témát érintő informatív hírlevél szerkesztése és eljuttatása a média számára.

9. Orvostovábbképzések és konferenciasorozatok szervezése az érintett témákban (magasvérnyomás, elhízás, cukorbetegség).

10. Szűrési és megelőzési stratégiák speciális kidolgozása lakossági célcsoportok számára, támaszkodva már meglévő adatbázisokra.

11. Az agyikatasztrófa-ellátás egységes feltételrendszerének országos megvalósítása, a betegutak szabványosítása.

12. Mentőautókra, tömegközlekedési eszközökre ismertető plakátok elhelyezése, melyeken a szívroham, az agyi katasztrófa tünetei és a mentőszolgálat telefonjával.

13. Felnőttkori szív- és érrendszeri betegségek gyermek- és serdülőkori megelőzése.
14. Vérnyomásmérési lehetőség (pl. automata mérők elhelyezése) a gyógyszertárakban, bevásárlóközpontokban, bankokban, közhivatalokban.
15. Fejlesztési terv készítése az intervenciók kardiológiai központok és az intervenciók keringési neurológia feltételeinek megteremtéséről.

## *Daganatos megbetegedések visszaszorítása*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Egységes koncepció kidolgozása és szakmai anyagok fejlesztése az alapellátás onkológiai tevékenységének támogatására.
2. Az onkológiai tevékenység adatszolgáltatási rendszerének fejlesztése.
3. Egységes graduális és posztgraduális képzés tematikájának kidolgozása.
4. Megyei Onkológiai Centrumok kialakítása.

## *A lelki egészség megerősítése*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Egységes epidemiológiai vizsgálatok megszervezése és elindítása.
2. Az egészséges életmódra nevelés beépítése a különböző tantárgyakba (biológia, kémia, történelem, testnevelés, etika stb.). A lelki egészségvédelmi alapismeretekkel rendelkező pedagógusok (jelenleg 1000 tanár) körének bővítése.
3. Civil szervezetek, egyházak és működő szakmai közösségek hálózat és kommunikációfejlesztése, a lelki egészségért tevékenykedők regiszterének létrehozása.
4. Öngyilkossági kísérletek bejelentésének kötelezővé tétele.
5. Krízisellátó részek működési feltételeinek kidolgozása.
6. Krízisintervenciók protokollok részletesebb kidolgozása, szervezeti rendszerének stabilizálása, finanszírozási kritériumainak egységesebbé tétele.
7. Egészségügyi dolgozók és az érdeklődő pedagógusok továbbképzésének megszervezése az öngyilkossági veszély korai észlelése vonatkozásában.
8. Tanárok önszorgató csoportjainak kialakítása és képzése és támogatása.
9. Sürgősségi telefonszolgálatok működési feltételeinek hosszú távú biztosítása.
10. A pszichiátriai intézményrendszer közösségi pszichiátriai irányba történő átalakításának kidolgozása.
11. A közösségi pszichiátriai ellátás kidolgozása gyermekpszichiátria vonatkozásában is.
12. A kapcsolati pszichiátriai szolgálat működési feltételeinek megteremtése országos szinten.
13. Pszichoterápiás ambulanciák fejlesztése, bővítése.
14. Gyermekpszichiátriai gondozók számának növelése, ambuláns ellátórendszer fejlesztése.
15. Az alapellátásban dolgozók érzékenyítő programjainak megvalósítása
  - a) A pszichiátria tantárgy hatékony oktatásának bevezetése a házi orvos rezidensképzésben.
  - b) Akkreditált pszichiátriai továbbképzések szervezése az alapellátásban dolgozók (házi orvosok, gyermek-házi orvosok, védőnők, diplomás nővérek, szociális munkások) számára.
  - c) Akkreditált pszichiátriai továbbképzések szervezése az üzemorvosi hálózat, a katoniorvosi hálózat, az iskolorvosi hálózat, a szociális munkások számára.
  - d) Csoportpraxis kialakítása pszichológiai szolgáltatásokkal.
16. A közösségi rehabilitáció fejlesztésének kidolgozása.
17. Munkarehabilitációs programok protokolljának kidolgozása. A Megyei Rehabilitációs Bizottságok funkciójának átgondolása, kiteljesítése, normarendszerének, munkamódjának átdolgozása.
18. Megelőzési projektek kidolgozása (két fő színtér: a család és az iskola)
  - a) Családok felkészítő programjainak kidolgozása.
  - b) Családsegítők fejlesztése, szakemberképzés.
  - c) Az egészséges életre való nevelés beépítése a pedagógusképzésbe.
  - d) Lelki egészségvédelmi ismeretek beépítése a pedagógusképzésbe.

- e) Akkreditált pedagógus-továbbképzések az egészségfejlesztés és lelki egészségvédelmi ismeretek vonatkozásában. Az ajánlott képzések listájának összeállítása.
19. Szociális és pedagógiai háttérintézmények fejlesztése.
  20. Gyermekkorházakban konzultatív gyermekpszichiátria megvalósítása.

## *Mozgásszervi betegségek csökkentése*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Célzott mozgásszervi szűrő, megelőzési és rehabilitációs programok elindítása, a szükséges hálózat és infrastruktúra kiépítése mindhárom lakossági célcsoportban.
2. A mozgásszervi betegségek okozta életminőség-romlás felmérése.
3. Mozgásszervi oktatás, továbbképzés, betegfelvilágosítás szervezése.
4. A mozgásszervi betegek ellátásának modellezése az alapellátásban.
5. Mozgásszervi regiszter megvalósíthatósági tanulmányának elkészítése és korlátozott kiterjedésű modellje.
6. A gerinctorna oktatására kiképzett és jogosított testnevelési tanszéki oktatókat igénybe véve a testneveléssel foglalkozó pedagógusok oktatásának folytatása, valamint az alkalmazás megvalósulási módjának ellenőrzése, segítése.
7. A gyermekkori mozgásszervi, elsősorban gerincbetegségek hatékony, költségkímélő, dokumentálható szűrési protokolljának és modelljének kidolgozása.

## *AIDS-megelőzés*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Elsődleges megelőzési programok kidolgozása elemi és középiskolák számára. Egészségnevelői és pedagógus-továbbképzések. Iskolai modell program bevezetése.
2. Megelőzési programok a fokozott fertőzési kockázatot vállaló közösségek részére. Eme közösségek civil szervezeteinek és egyes tagjainak program végrehajtásába történő bevonása (meleg közösségek, prostituáltak, injekciós kábítószer használók).
3. A nagyközönség számára évente médiakampány a HIV-fertőzés megelőzéséről, a megváltozott AIDS-betegségről, a betegség demisztifikálása, és a fertőzettekkel szembeni diszkrimináció, szegregáció csökkentése.
4. A prostituáltak törvényileg szabályozott rendszeres egészségügyi vizsgálatainak, benne a HIV-tesztet is, végrehajtásának megerősítése.
5. A HIV/AIDS-járvány monitorozásának kiterjesztése intravénás kábítószer használók körében.
6. Az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat munkájának támogatása, aktivitásának kiterjesztése, AIDS telefonos tanácsadó működtetése, internet honlap kialakítása.
7. Házi orvosok és házi gyermekorvosok, továbbá a HIV-fertőzettekkel potenciális kapcsolatba kerülő orvosok, fogorvosok továbbképzésének megszervezése, öt tanfolyam tartása.
8. A szociálisan súlyosan hátrányos helyzetű HIV-fertőzettek szociális gondoskodás rendszerének kidolgozása.

## **AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZER FEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN**

### *Népegészségügyi szűrővizsgálatok*

*2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. A végleges informatikai szoftver bevezetése, beüzemeltetése, amely átfogja mind a három szűrési módozatot (várhatóan 2003. januártól).
2. Véglegesíteni az OEP-pel, az adatvédelmi országgyűlési biztossal a TAJ számmal kapcsolatos fenntartásokat a jobb betegutkövetés és a minőségbiztosítás megfelelő szinten történő biztosítása érdekében. Szükség esetén jogszabály módosítása.
3. A méhnyak- és a vastagbélrák lakossági szűrésének megszervezése - technikai, szakmai bázisának létrehozása.

4. A 25-65 év közötti nők sejtvizsgálattal egybekötött nőgyógyászati-onkológiai szűrésének beindítása.
5. Az emlőrákszűrés első ciklusának értékelése, az elméleti és a gyakorlati konzekvenciák levonása, a megfelelő döntések meghozatala és a második kétéves ciklusra való felkészülés.
6. A lakosságszűrés szakemberigényének garantálása, mindenekelőtt a citológiai előszűrő szakasszisztensek intézmények képzsének visszaállítása és a patológiai diagnosztikai háttérkapacitás biztosítása.

## *Ellátásfejlesztés*

### *2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. A betegutak említett torzulásának dokumentálása szakmánként, intézménytípusonként konkretizált módon és statisztikai, informatikai, szociológiai, társadalom-örvostani stb. elemzésekkel alátámasztva - kiemelten a szív- és érrendszeri betegségek, daganatok, veseelégtelenség esetében.
2. Komplex egészségügyi-szociológiai vizsgálat a különböző ellátási szinteken dolgozók helyzetének, szemléletének, magatartásának feltárására, a helyzet elemzése abból a szempontból, hogy a beavatkozási pontokat jól ki lehessen jelölni.
3. Meg kell találni (vagy ki kell képezni) a rendszeren belül azokat a szereplőket, akikre az ellátórendszeren belüli megelőzési feladatok telepíthetők.
4. Képzés elindítása a háziörvos melletti kockázat elemzéssel, tanácsadással foglalkozó személyzet kialakítására.
5. Az ellátási szintek közötti kommunikációs problémák feltárása és szervezeti, finanszírozási megoldási javaslatok kidolgozása.
6. Különböző szakmai szinteknek szóló tájékoztató anyagok készítése és megfelelő terítése.
7. Kommunikációt és koordinációt elősegítő vitafórumok.
8. Konszenzus kialakítása a hálózatfejlesztési irányelvek, kapacitásszabályozás, befogadás feltételrendszere, a fejlesztési erőforrások allokációs algoritmusára.
9. Az egészség/betegségtudat feltérképezése a beteg egészségügyön belüli mozgásával összefüggésben.

## *Erőforrás-fejlesztés*

### *2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

1. Átfogó tanulmány készítése a népegészségügy jelen szervezeti felépítéséről és lehetséges fejlesztési irányairól.
2. Népegészségügy területén dolgozók internet hozzáféréseinek bővítése pályázatásos formában.
3. Népegészségügyi portál indítása.
4. Civil konzorcium létrehozása.
5. Népegészségügyi távoktatási infrastruktúra megtervezése és megvalósítása.
6. Népegészségügyi távoktatási modulok megtervezése.
7. Népegészségügyi menedzser képzés módszertani programjának elkészítése.
8. Népegészségügyben végzett PhD kutatások országos felmérése és jelentési rendszer kidolgozása.
9. Népegészségügyi szakemberek internet jártasságának fejlesztése távoktatáson keresztül.
10. Népegészségügyi Program pályázati monitor rendszerének felállítása és az érintettek számára hozzáférhetővé tétele.
11. Népegészségügyben témában indítandó PhD programok központi tervezése.
12. Népegészségügyi kutatások forrásainak (ESzCsM, OM) rendszerezése.

## *Monitorozás - informatika*

### *2003-2004-ben megvalósítandó akciók:*

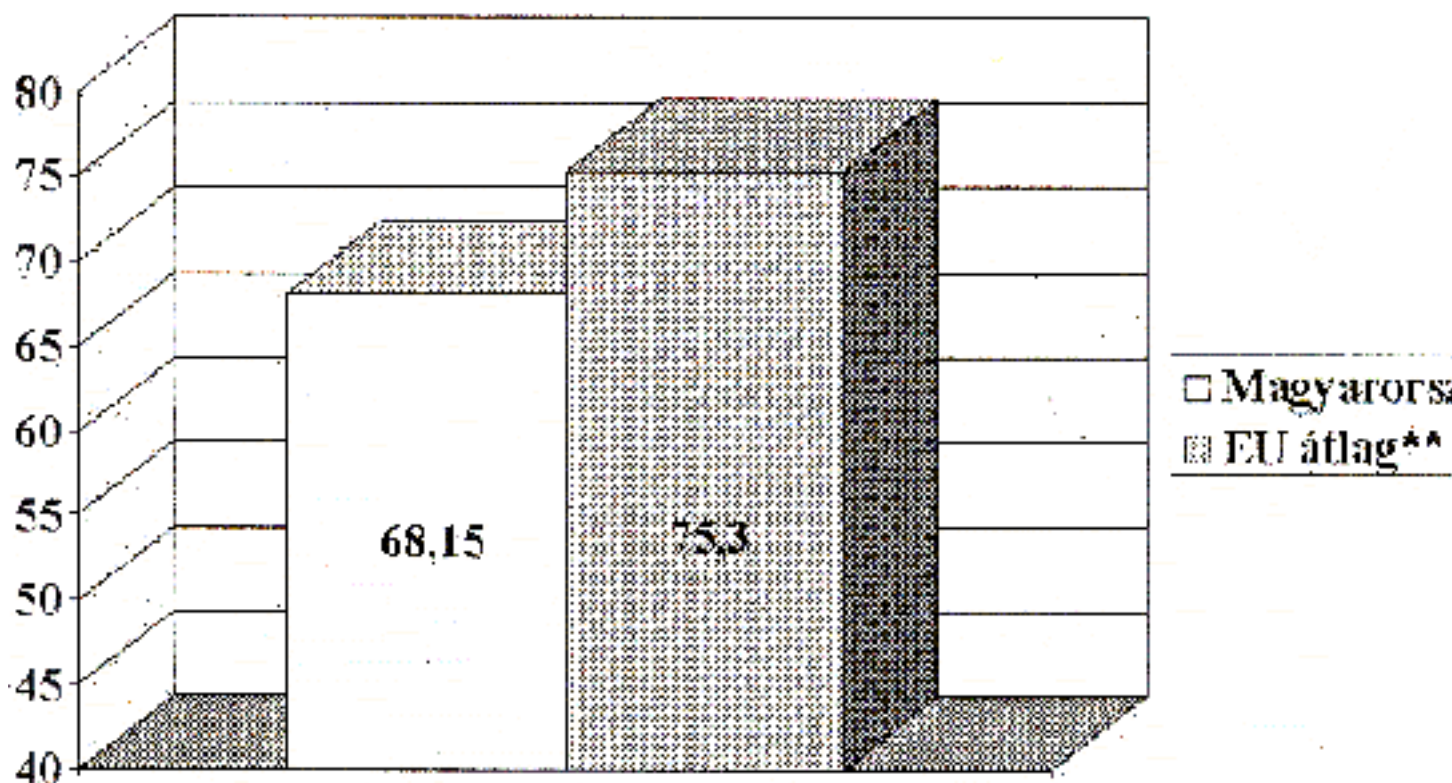
1. A programmonitorozás költségvetésének elkészítése éves bontásban.
2. Az évente készülő jelentés keretében a program előrehaladásának és eredményeinek bemutatása.
3. Az egészségügyi és szociális indikátor rendszer definícióinak, szerkezetének elkészítése kézikönyv és internetes alkalmazás formájában.

## NÉHÁNY FONTOS DEMOGRÁFIAI ADAT

### MAGYARORSZÁG ÉS AZ EURÓPAI UNIÓ ÁTLAGÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

*A születéskor várható átlagos élettartam I.*

*Férfiak*

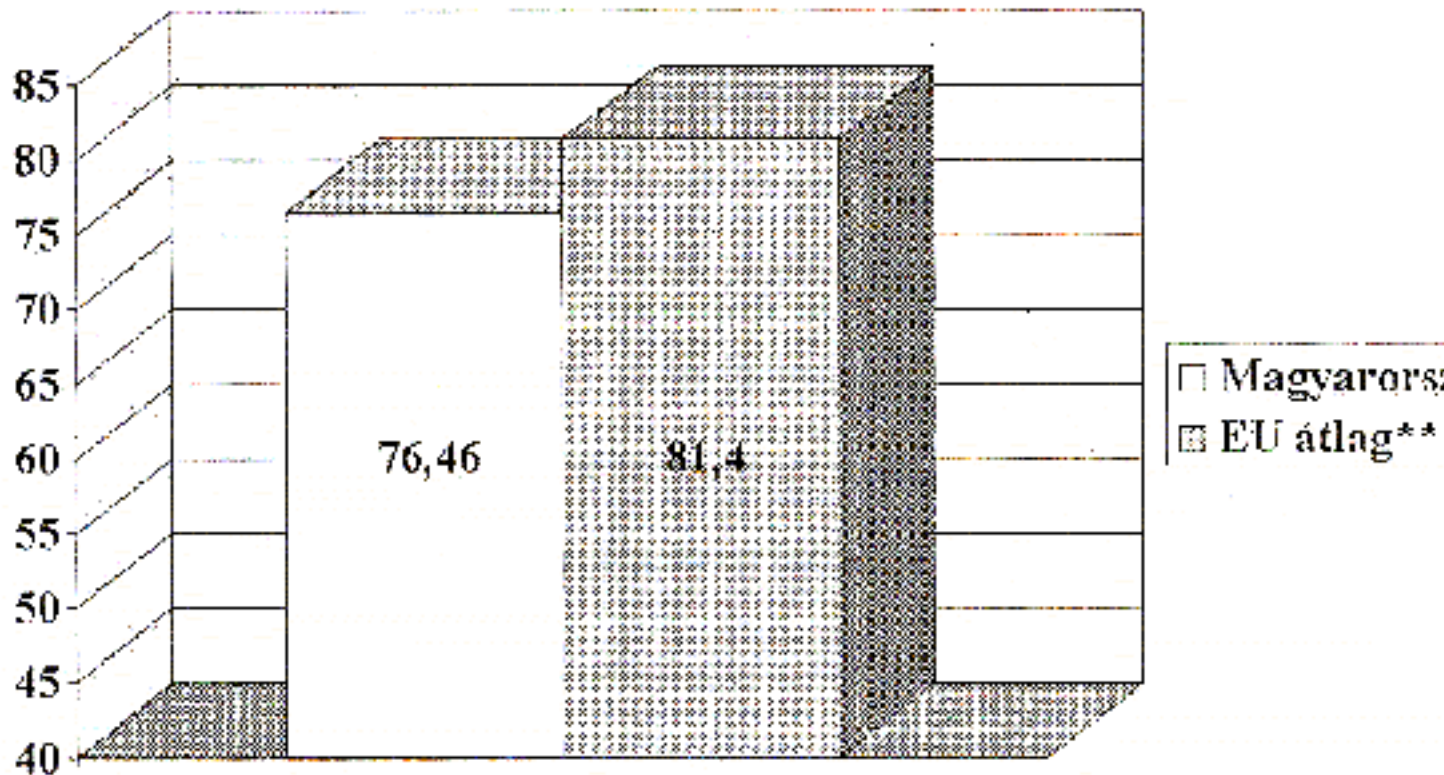


Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condition (Theme 3-17/2002);  
First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe.

*A születéskor várható átlagos élettartam II.*

*Nők*

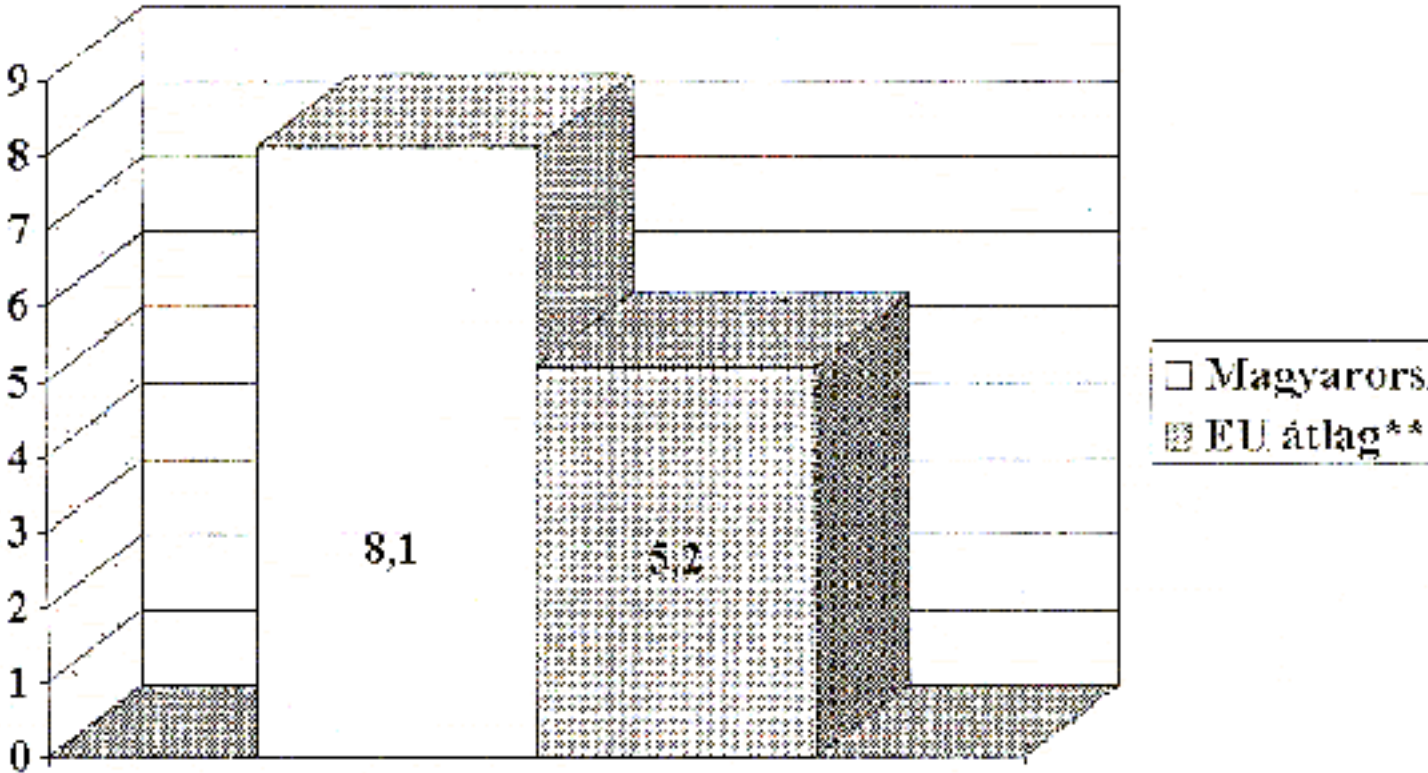


Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condition (Theme 3-17/2002);  
First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe.

### *Csecsemőhalálozás*

(1000 élve születettre jutó)



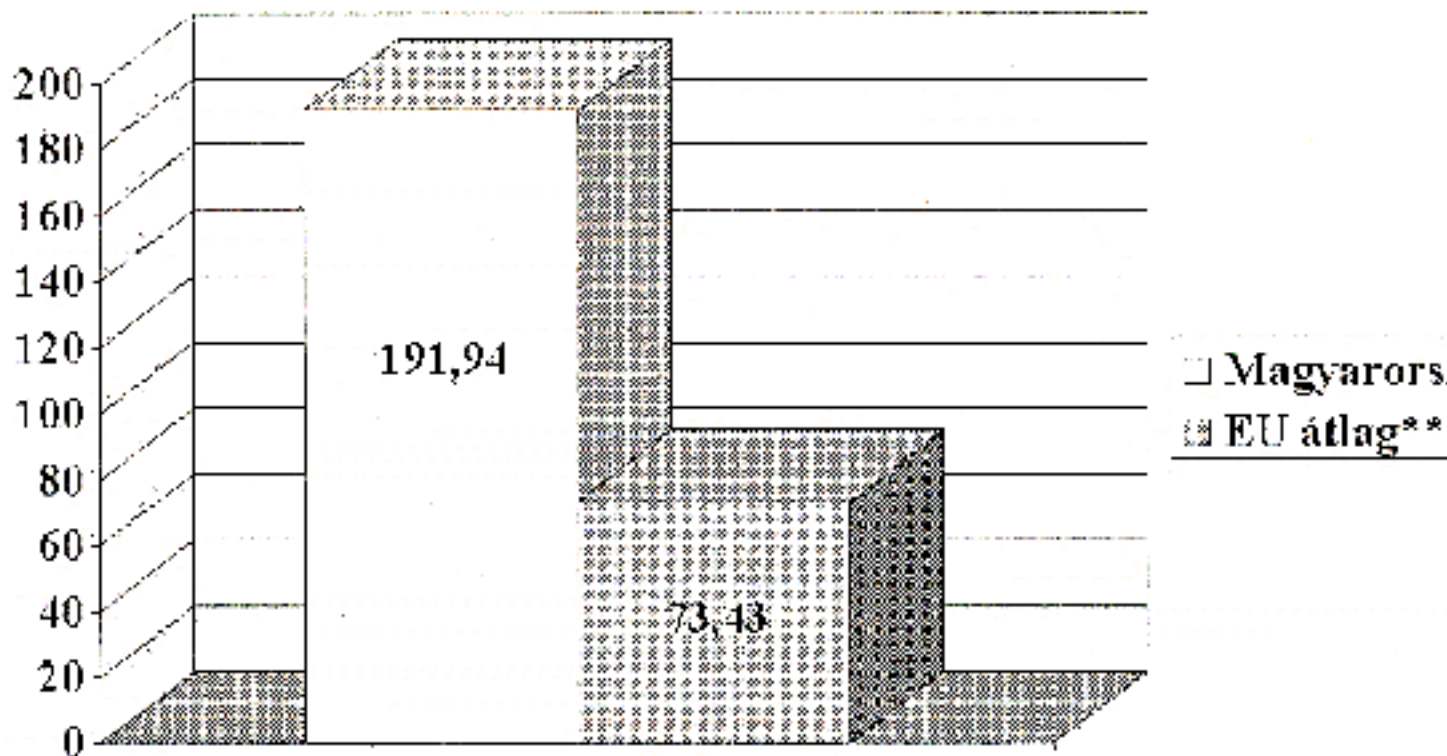
Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condition (Theme 3-17/2002);  
 First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe  
 1998. évi adat.

*A keringési rendszer betegségei okozta standardizált halálozási arány I.*

(100 000 lakosra; 0-64 éves korcsoport)

*Férfiak*



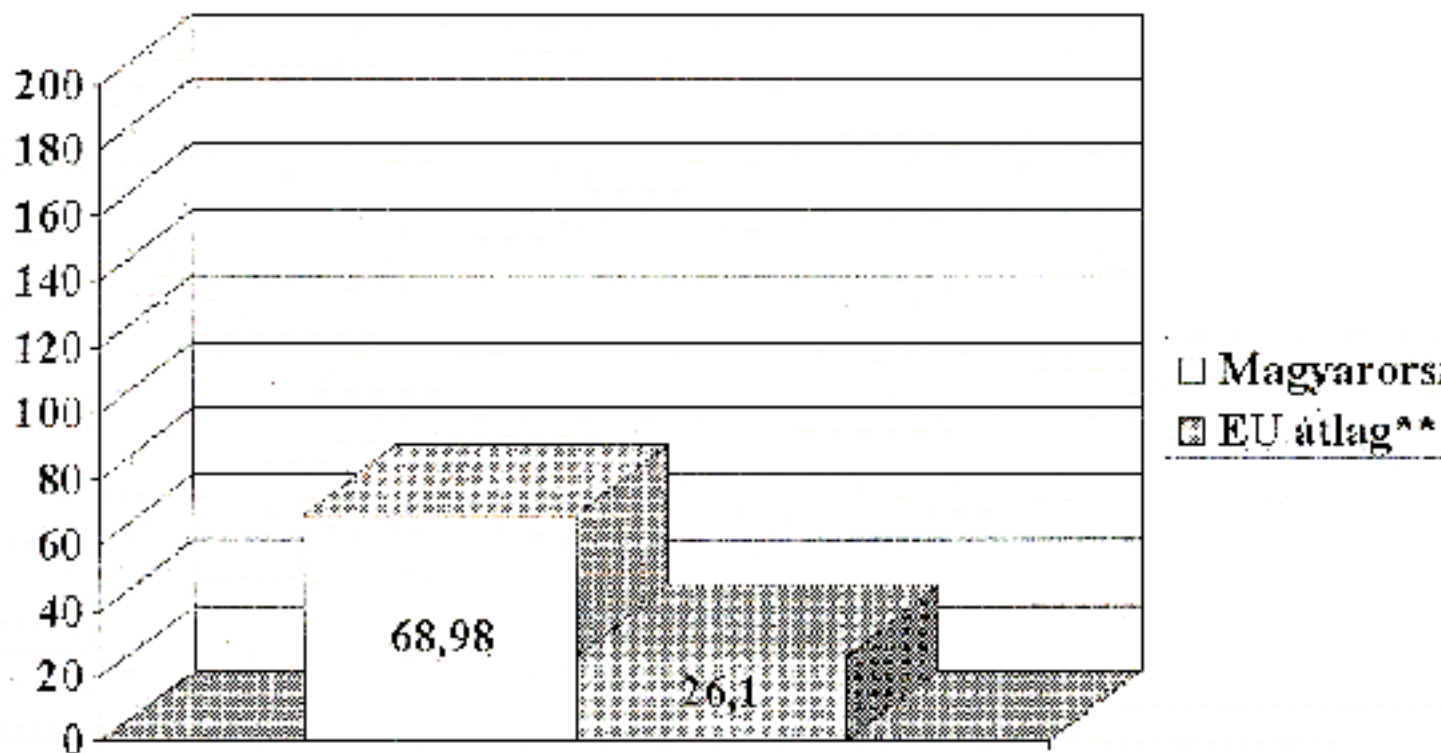
Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condotion (Theme 3-17/2002);  
 First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe  
 1998. évi adat.

### *A keringési rendszer betegségei okozta standardizált halálozási arány II.*

(100 000 lakosra; 0-64 éves korcsoport)

*Nők*



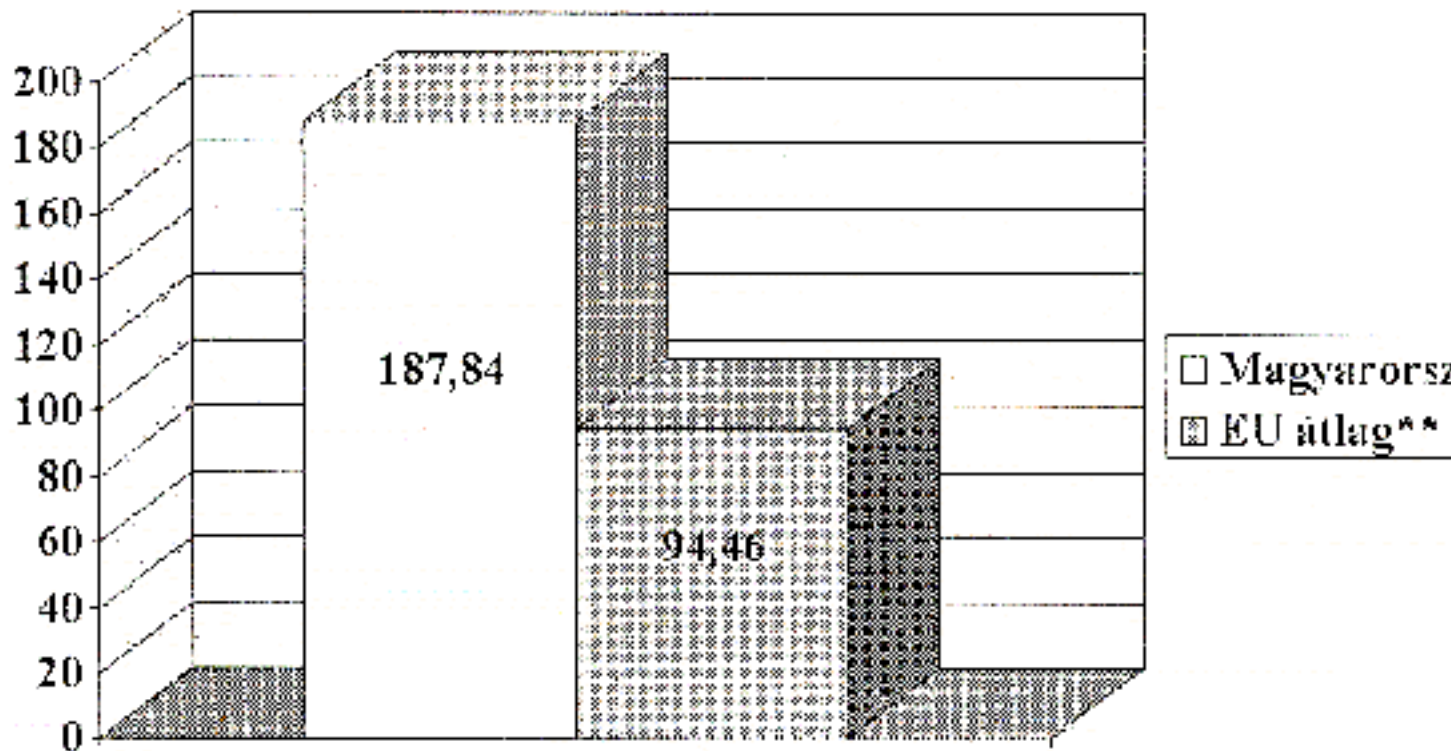
Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condotion (Theme 3-17/2002);  
 First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe  
 1998. évi adat.

*A daganatos betegségek okozta standardizált halálozási arány I.*

(100 000 lakosra; 0-64 éves korcsoport)

*Férfiak*



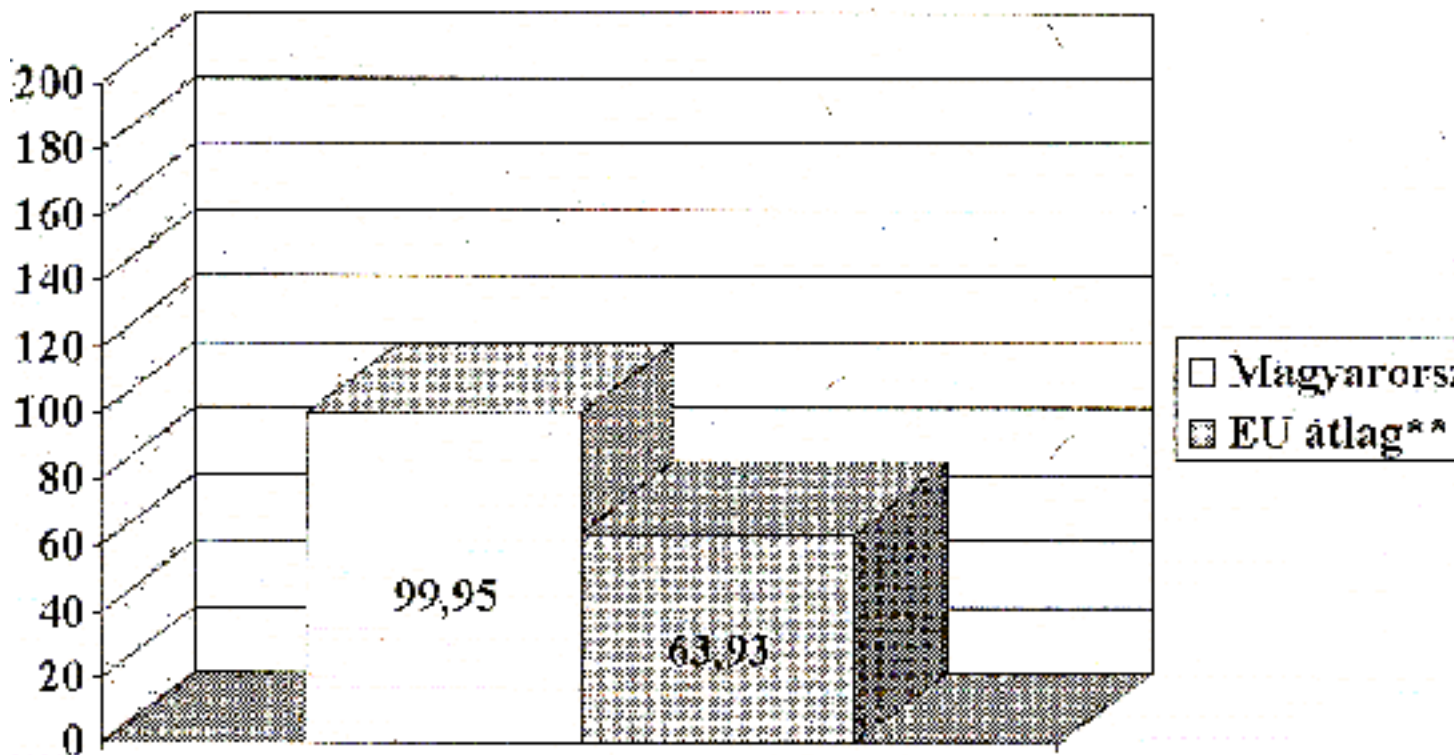
Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condition (Theme 3-17/2002);  
 First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe  
 1998. évi adat.

### *A daganatos betegségek okozta standardizált halálozási arány II.*

(100 000 lakosra; 0-64 éves korcsoport)

*Nők*



Források: \*KSH 2001. évi adatok.

\*\* Statistics in Focus: Population & Social Condition (Theme 3-17/2002);  
 First Results of the demographic data collection for 2001 in Europe  
 1998. évi adat.