SZÉCHENYI ISTVÁN EGYETEM
REGIONÁLIS- ÉS GAZDASÁGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Vezető: Prof. Dr. habil Dusek Tamás egyetemi tanár

Laczkovits-Takács Tímea
okleveles nemzetközi igazgatásszervező

Győr város egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellje a rendszerváltás után

Doktori értekezés

Témavezető: Dr. Fekete Dávid egyetemi docens

Győr

2021.

Széchenyi István Egyetem

Regionális- és Gazdaságtudományi Doktori Iskola

Laczkovits-Takács Tímea

Győr város egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellje a rendszerváltás után

Doktori értekezés

Győr

2021.

Tartalomjegyzék

Ábrák jegyzéke ... 5
Táblázatok jegyzéke ... 6
Bevezetés, az értekezés célja ... 7
Köszönetnyilvánítás ... 8
I. A dolgozat felépítése ... 9
II. A kutatás hipotézisei, kutatási kérdései ... 10
III. Elméleti háttér ... 12
3.1 Közszolgáltatások ... 12
3.1.1 Közszolgáltatások fogalma ... 12
3.1.2 Közszolgáltatások típusai, általános jellemzők ... 15
3.2 Közszolgáltatások szervezésének nemzetközi tendenciái ... 19
3.2.1 A weberi modell, avagy a hagyományos közfeladat-ellátás keretei ... 19
3.2.2 Új közmenedzsment, avagy New Public Management modellje ... 22
3.2.3 Governance, azaz a kormányzás modelljei ... 28
3.2.4 Neo-Weberian State, avagy a neoweberi állammodell ... 34
3.3 A közszolgáltatások szervezésének változásai Magyarországon ... 38
3.3.1 Az 1989-1990 előtti időszak ... 38
3.3.2 Az 1990 – 2008 közötti időszak ... 39
3.3.3 Újabb fordulópont, a 2008-as év ... 43
3.4 Humán közszolgáltatások sajátosságai, csoportosítása ... 46
3.4.1 Szociális közszolgáltatások ... 48
3.4.2 Egészségügyi közszolgáltatások ... 52
3.4.3 Állami/önkormányzati lakásgazdálkodás, mint közszolgáltatás ... 54
3.4.4 A WHO Egészséges Városok Program ... 57
IV. Empirikus kutatás módszerei ... 59
V. Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellje a gyakorlatban ... 61
5.1 Egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés településtípusonként ... 61
5.2 Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellje ... 67
5.2 Győri kutatási eredmények ... 68
5.3 Szociális pillér ... 70
5.3.1 A győri szociálpolitika múltja ... 72
5.3.2 A szociális pillér dokumentumainak vizsgálata ... 72
5.3.3 Kötelező és önként vállalt feladatok ... 75
5.3.4 Az önkormányzati feladatellátásban résztvevő szereplői kör ... 79

5.3.5 Szociális fejlesztések alapelvei ... 84
5.3.6 A szociálpolitikai jövőkép általános és speciális célrendszere ... 87
5.3.7 Győr szociálpolitikája a stratégiai dokumentumokban ... 90
5.3.8 Összegzés ... 93
5.4 Lakásügyi pillér ... 96
5.4.1 A győri önkormányzat lakásügyi politikája 1990 utáni időszakban ... 96
5.4.2 A győri önkormányzat hatályos lakásügyi feladatai ... 104
5.4.3 Győr-Újvárosi szociális városrehabilitációs program területi dimenziói ... 110
5.4.4 Összegzés ... 123
5.5 Egészségügyi pillér ... 125
5.5.1 Győr egészségügyi ellátórendszere ... 125
5.5.2 Szervezeti és működési változások ... 126
5.5.3 Összegzés ... 137
5.6 WHO Egészséges Városok Program pillér ... 138
5.6.1 Egészséges Városok Program Győrben ... 138
5.6.2 Társadalmi részvétel az Egészséges Városok Program keretében ... 141
5.6.3 Önkéntesség az Egészséges Városok Program keretében ... 144
5.6.4 Az Egészséges Városok Program idősügyi vonatkozásai ... 147
5.6.5 Összegzés ... 154
5.7 A győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell működése a COVID-19 járvány idején ... 155
5.7.1 Szociális pillér ... 156
5.7.2 Egészségügyi pillér ... 164
5.7.3 Lakásügyi pillér ... 167
5.7.4 Egészséges Városok Program pillér ... 169
5.7.5 Összegzés ... 170
5.8 Az empirikus fejezetekhez kapcsolódó hipotézisek ... 171
VI. Összegzés, hipotézisek értékelése ... 173
6.1 Hipotézisek értékelése ... 173
6.2 Következtetések, új tudományos eredmények ... 176
A kutatás jövőbeli lehetséges irányai ... 177
Irodalomjegyzék ... 179
Mellékletek ... 205

Ábrák jegyzéke

1. ábra: A disszertáció felépítése 9
2. ábra: Az újvárosi szociális városrehabilitációs projekt I. ütemének akcióterülete és a projektelemek 117
3. ábra: Szervezeti változások 128

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Hipotézisek rendszere ... 11
2. táblázat: A személyes gondoskodás megszervezésére köteles szervek ... 64
3. táblázat: Gyermekvédelmi feladatok megszervezésére köteles szervek ... 65
4. táblázat: A magyarországi Egészséges Városok Mozgalom tagjai és állandó lakosaik száma ... 67
5. táblázat: Győr Önkormányzata által ellátott kötelező és önként vállalt feladatok a szociális pillér keretében ... 71
6. táblázat: A szociális pillér dokumentumai ... 73
7. táblázat: Győr Önkormányzatának önként vállalt feladatai a szociális pillér keretében ... 77
8. táblázat: Győr Önkormányzata által nem ellátott, kötelező feladatok a szociális pillér keretében ... 78
9. táblázat: Győr Önkormányzatának ellátási szerződéssel ellátott feladatai a szociális pillér keretében ... 83
10. táblázat: Győr város stratégiai dokumentumai ... 91
11. táblázat: Jövedelemhatárok a szociális bérlakásban, illetve az előzetes regisztrációs nyilvántartás alapján történő elhelyezés esetén 2020-ban (a család egy főre jutó havi nettó jövedelmét figyelembe véve) ... 107
12. táblázat: A jogos lakásigény mértéke ... 109
13. táblázat: 2015-2019 között az évente beadott és jóváhagyott kamatmentes kölcsöntámogatások száma (db) és az önkormányzat által kifizetett kamatmentes kölcsöntámogatások összesen (forint). 110
14. táblázat: Szegregátumok Győr városában (2011) ... 113
15. táblázat: Győr-Újváros egyes mutatóinak változása (2001-2011) ... 114
16. táblázat: Győr-Újváros egyes mutatók függvényében (2011) ... 115
17. táblázat: Vizsgálati szempontok és a hozzá rendelt indikátorok ... 118
18. táblázat: Lakások számának változása ... 119
19. táblázat: Az üzlethelyiségek számának változása ... 119
20. táblázat: A lakások komfortfokozata a szociális városrehabilitáció első üteme előtt és után ... 120
21. táblázat: A lakások alapterülete a városrehabilitiáció első üteme előtt és után ... 120
22. táblázat: Az önkormányzat által nyújtott támogatások a városrehabilitiáció első üteme előtt és után ... 121
23. táblázat: Az összehasonlító elemzés eredményei ... 121
24. táblázat: A győri Egészséges Városok Program stratégiai dokumentumai ... 141
25. táblázat: A 2017. évi feladatterv célok és elvégzett tevékenységek tükrében ... 151
26. táblázat: Az ellátást igénybe vevők száma ellátásonként (fő) ... 158
27. táblázat: A győri bölcsődei felügyeletben lévő gyermek, illetve csoportok száma a 2020. március 16. - május 22. között ... 160
28. táblázat: A győri bölcsődékben lévő gyermek, illetve csoportok száma a 2020. május 25 – június 12. között ... 161
29. táblázat: Az Alapszolgáltatási Csoport (4 területi iroda) ügyfélforgalma 2020. március-április-május hónapban ... 162
30. táblázat: A Hatósági Csoport ügyfélforgalma 2020. március-április-május hónapban ... 162
31. táblázat: Betegforgalom a Győri Háziorvosi Ügyeleten 2019 és 2020. március-június hónapokban ... 165
33. táblázat: Hipotézisek tesztelése ... 174
34. táblázat: Hipotézisek és tézisek rendszere ... 175

Bevezetés, az értekezés célja

Életünk szinte minden mozzanatát, mindennapjainkat akarva-akaratlanul behálózzák a különböző közszolgáltatások – akár úgy is fogalmazhatnánk, hogy a bölcsőtől a sírig végig kísérnek minket. Példaként elég csupán gondolni a születésünk pillanatában minket körülvevő orvosi és kórházi ellátásra, vagy a kórházból haza vezető út minőségére, a védőnői szolgálat tevékenységére, éppen csak néhányat említve a közszolgáltatások sokasága közül. Disszertációmban a minket körülvevő közszolgáltatások világának egy szegmensét kívánom vizsgálni, leszűkítve egyrészt a humán közszolgáltatásokon belül az egészségügyi és szociális szolgáltatásokra, másrészt a területi fókuszt szem előtt tartva a Győr városában az elmúlt években, évtizedekben tudatosan kialakított együttműködési modellre koncentrálva.

A disszertációm célja, hogy hiánypótló szerepet töltsön be a humán közszolgáltatások vizsgálata terén egy helyi önkormányzat, Győr humánszolgáltatási feladat-ellátásának vizsgálata, az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljének azonosítása, illetve a modell helyi sajátosságainak, jó gyakorlatainak bemutatása, elemzése révén.

Lévén, hogy a győri önkormányzat országosan is elismert színvonalon működteti a helyi szociális ellátórendszert, az értekezésben e szociális, illetve további három humánszolgáltatási területet vizsgálom részleteiben. Fel kívánom tárni a működés sajátosságait és mikéntjét, melyek mentén egy megyei jogú város a humánszolgáltatások egyes területein ellátja a feladatait. Kíváncsi vagyok arra is, hogy 1990 után egy helyi önkormányzat milyen fejlődési pályán haladt a vizsgált területeken, milyen együttműködési rendszereket alakított ki annak érdekében, hogy feladatait minél hatékonyabban tudja ellátni. Körbejárom továbbá, hogy a civil és egyházi szereplők milyen mértékben kapcsolódtak be a feladat-ellátásba. Az empirikus vizsgálatok célját ezen kérdéskörök mozgatják, mely vizsgálatokat a kutatási téma szakirodalmi hátterének feldolgozása alapozza meg a közszolgáltatások fogalmi sokszínűségének, a közszolgáltatások szervezése tendenciáinak, a bekövetkezett változások, valamint a humán szolgáltatások tudományos irodalmának feltárása révén.

Köszönetnyilvánítás

A tudományos pályán való elinduláshoz számos motiváció ösztönözheti az embert. Számomra a legmeghatározóbb motiváció az volt, hogy az önkormányzati képviselői, illetve szakbizottsági munkám mögött tudományos háttér is legyen és tudományos igényességgel tudjam végezni a rám bízott feladatokat.

A tudományos pályán való elindulásom, haladásom során külön köszönettel tartozom Professzor Dr. Rechnitzer János egyetemi tanárnak, aki mindvégig hitt bennem és ösztönzött a doktori iskolás éveim alatt. Köszönöm Dr. Fekete Dávid egyetemi docensnek, hogy támogatott a hozzám legközelebb álló kutatási téma kiválasztásában és szakmaisággal, emberséggel és legfőképpen fiatalos lendülettel és aktivitással hozzásegített ahhoz, hogy a tudományos pálya meghatározott mérföldköveit alapos, precíz munkával elérjem.

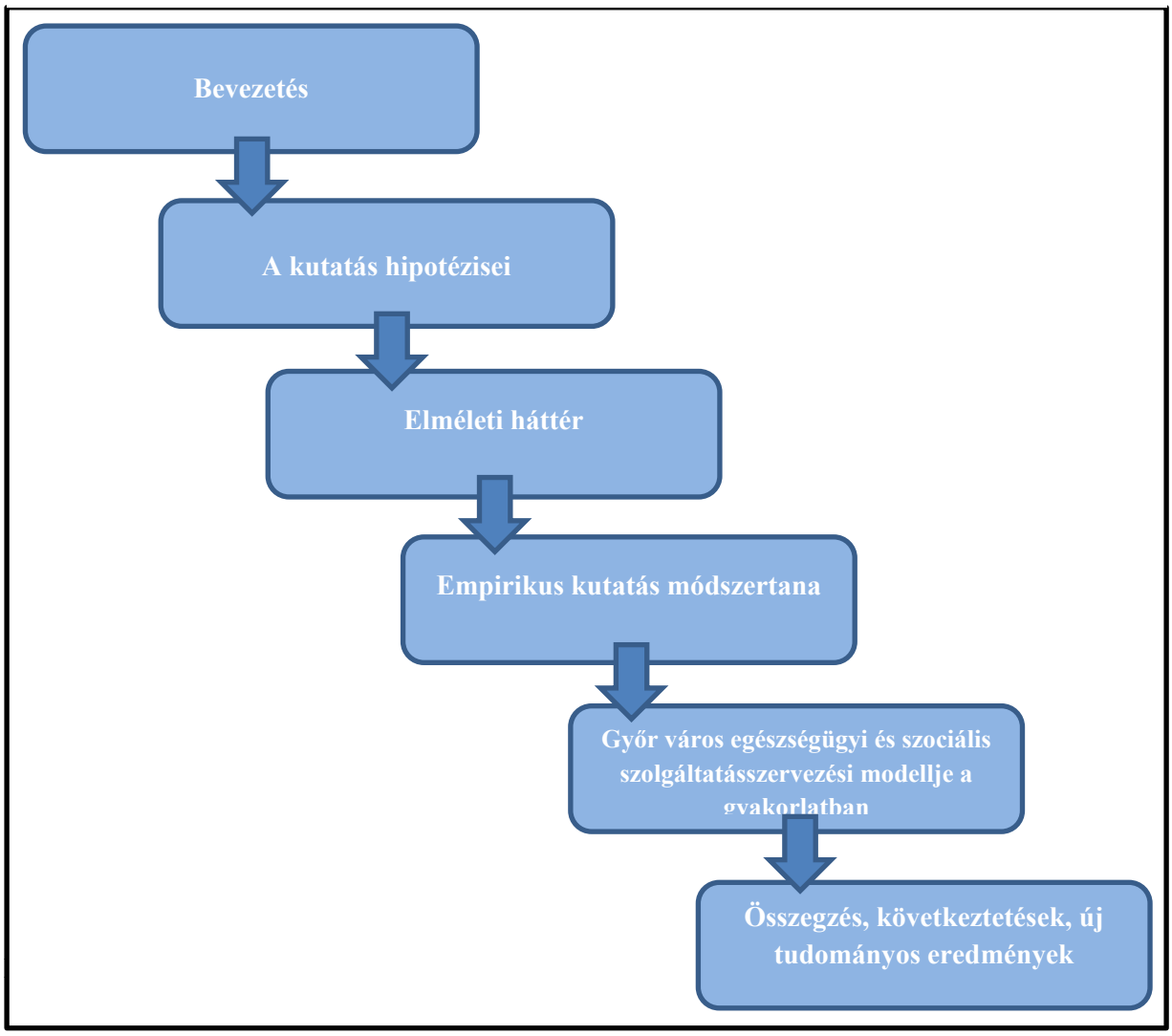
Köszönettel tartozom Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala szakembereinek, hogy disszertációm megszületését rengeteg adattal, információval, dokumentummal segítették.

Köszönöm családomnak, kisfiaimnak, férjemnek a türelmet, a megértést, melyet a doktoranduszi, és doktorjelölti időszak alatt tanúsítottak irányomba.

I. A dolgozat felépítése

A disszertáció *bevezetés*ében a doktori kutatásom célját vázolom fel. Ezt követően a *második fejezet*ben bemutatásra és kibontásra kerülnek a doktori értekezés kérdései, a hipotézisek. A *harmadik fejezet*ben az elméleti háttér felvázolására törekszem. Először ismertetem az elméleti kutatás módszertanát, majd a disszertáció témájához kapcsolódva vizsgálom az alábbi területeket: közszolgáltatások fogalma, közszolgáltatások szervezésének tendenciája és magyar gyakorlata, valamint a humán közszolgáltatások sajátosságai, csoportosítása.

1. ábra: A disszertáció felépítése



Forrás: Saját szerkesztés

A *negyedik fejezet*ben az empirikus kutatás módszereit ismertetem. Az *ötödik fejezet*ben kerül sor az empirikus kutatás bemutatására. Elsőként esettanulmány-szerűen feldolgozom a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes pillérjeinek működését, ellátott feladatait, jó gyakorlatait, így a fejezetben részleteiben is kibontásra kerül a szociálpolitika, az egészségügyi, a lakásügyi és a WHO Egészséges Városok Program pillér győri gyakorlata. Szintén az ötödik fejezetben egy friss kutatásom eredményeit mutatom be, mely a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes elemeinek működését vizsgálja a COVID járvány időszaka alatt. A *hatodik fejezet*ben összegzem a kutatás eredményeit, bemutatom a hipotézisek értékelését. A fejezet tartalmazza, hogy mely hipotézisek kerültek elfogadásra, illetve elvetésre. A fejezetben bemutatom az új kutatási eredményeket, majd külön részben a megvalósult kutatás korlátait és kísérletet teszek a jövőbeli kutatási irányok felvázolására is.

II. A kutatás hipotézisei, kutatási kérdései

A disszertáció korábban már megfogalmazott célja, hogy a humánszolgáltatások keretében egyes pillérek – szociális, egészségügyi, lakásügyi és WHO Egészséges Városok Program – alkotta győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modelljét azonosítsa, feltárja annak legfőbb sajátosságait. A közszolgáltatásokkal kapcsolatos elméleti szakirodalmi áttekintés után a hangsúly az igazgatásszervezési modellek alakulásának humánszolgáltatásokra kifejtett hatására kerül. A hazai viszonyok esetében a legfontosabb vizsgálati szempont, hogy hazánk humánszolgáltatásokkal kapcsolatos állami-önkormányzati feladatmegosztása és annak az elmúlt 30 évben bekövetkezett változásai illeszkednek-e a nyugat-európai trendekbe? Vajon ösztönzi-e a magyar államszervezés a governance típusú együttműködéseket? Ezekre a kérdésekre a 2012-2013-as nagy önkormányzati-állami feladat-átstrukturálás elemzésével adható válasz, megvizsgálva az önkormányzat szerepét a humánszolgáltatások nyújtása területén. A győri modell vizsgálata lehetővé teszi, hogy a jogi környezet és az állam közpolitikai filozófiája ismeretében egy konkrét kiválasztott városban empirikus kutatás révén feltárásra kerüljenek a helyi viszonyok. Ennek érdekében négy terület (szociálpolitika, lakásügy, egészségügy, WHO Egészséges Városok Program) elemzése valósul meg, különösen is fókuszálva az ellátást biztosító szervek együttműködési rendszereire (állami, önkormányzati szereplők, civil szervezetek, egyházi szervezetek, profitorientált magánvállalkozások stb.). Kíváncsi vagyok arra, hogy a jogszabályok adta kereteken belül milyen helyi jellemzőket, helyi jó gyakorlatokat tud felmutatni a győri modell a rendszerváltástól napjainkig tartó időszakban. Mik voltak a fejlődés mozgatórugói, a

szolgáltatásszervezés alapelvei a különböző időszakokban? Fellelhető-e egyfajta folytonosság a szakmai munkában a négy, majd ötéves önkormányzati ciklusok ellenére? Esettanulmány formájában a lakásügy területén egy további mélyfúrás része a disszertációnak. Az újvárosi szociális városrehabilitáció megkezdése óta közel egy évtized telt el, így már releváns adatok állnak rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy sikerült-e a szociális szegregátum mutatóit javítani. Milyen pozícióváltozás történt más városrészekhez képest? A másik mélyfúrás a szolgáltatásszervezési modell egészét vizsgálja, koncentrálva annak helyi sajátosságaira a COVID járvány alatti működés tekintetében. Hogyan működött a győri modell egy új kihívásokkal teli időszakban?

Az alábbi táblázatban olvashatók a hipotézisek, melyeket a fenti tudományos kérdések tükrében fogalmaztam meg.

1. táblázat: Hipotézisek rendszere

H1: Magyarországon 2010 után a közszolgáltatások nyújtásában jelentősen nőtt az állami szerepvállalás, mely folyamat nem ösztönözte a governance típusú együttműködések kialakulását.
H2: Az új önkormányzati törvény nyomán életbe lépő állam és önkormányzat közötti feladatmegosztás jelentősen átalakította a szociális szolgáltatások szervezését, tervezési rendszerét.
H3: Győrben az állami és önkormányzati feladatmegosztás változásaival párhuzamosan a szociálpolitika területén a stratégiai célkitűzések nem változtak jelentősen.
H4: Az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében erőteljesen megjelennek a governance típusú együttműködések.
H5: Az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében a komplex területi szociális problémákat governance típusú együttműködésekkel kezelik.
H6: A koronavírus-járvány a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes elemeit új kihívások elé állította, melyek megoldásában governance típusú együttműködések voltak megfigyelhetők.

Forrás: Saját szerkesztés

III. Elméleti háttér

A kutatási téma elméleti hátterének feldolgozását az ilyenkor megszokott módszerekkel végeztem. A téma feldolgozása interdiszciplináris megközelítést igényelt, ezért a jogtudomány egyes területei mellett a szociálpolitika, a szociológia területén megjelent, a témához kapcsolódó szakirodalom is nagy hangsúlyt kapott. Nagy segítségemre volt az irodalomelemzés módszere, hiszen a témában korábban számos szakember végzett kutatásokat, s publikálták kutatási eredményeiket. Így a különböző folyóiratokban, monográfiákban, tanulmánykötetekben szereplő cikkek, tanulmányok feldolgozása hasznosnak bizonyult a közszolgáltatások fogalma, az igazgatásszervezési modellek és a közszolgáltatások, valamint a humánszolgáltatások általános jellemzőinek feldolgozásában.

Az alábbi fejezetben a disszertáció bevezetésében megfogalmazott témakörökhöz, továbbá az ismertetett hipotézisekhez kapcsolódó elméleti szakirodalom bemutatására, értékelésére kerül sor. Először a közszolgáltatások fogalmi kérdésköréből indulok ki és mutatom be a szakirodalomban fellelhető fogalmi elemeit. Másodszor a közszolgáltatások szervezésének nemzetközi tendenciáit dolgozom fel a weberi modell, az új közmenedzsment, a kormányzás és a neo-weberi államodell bemutatásán keresztül. Harmadszor a közszolgáltatás-szervezés magyarországi változásait összegzem, vázolom fel gyakorlati példák segítségével. Negyedszer a közszolgáltatások témakörét a humán közszolgáltatásokra korlátozva vizsgálom annak sajátosságait, jellemzőit bemutatva. Bemutatom a szociális és egészségügyi közszolgáltatások világát, majd kitérek és mint az önkormányzat által nyújtott közszolgáltatás, foglalkozom a lakásgazdálkodás és a WHO Egészséges Városok Program elméleti kereteivel.

3.1 Közszolgáltatások

3.1.1 Közszolgáltatások fogalma

A közszolgáltatás mint fogalom meghatározása több tudományágon belül is kiemelt figyelemnek örvend, ezen összetett jellege miatt értelmezése interdiszciplináris megközelítést igényel. Mindezek alapján a szakirodalomban fellelhető gyakorlatot követve több szempontból közelítem meg és vizsgálom a fogalom mögötti tartalmi hátteret (Hoffman 2009). A közgazdaság-tudományok a közszolgáltatások gazdasági jelentőségére tekintettel szentelnek különös figyelmet e fogalomnak. A közigazgatás-tudományokban betöltött megkülönböztetett szerepének háttere abban keresendő, hogy a közszolgáltatások nyújtásában a közszféra (állam, önkormányzat) közvetlen, illetve közvetett módon fontos szereplőként vesz részt. A közszolgáltatások tekintetében az állam szabályozó szerepéről sem

feledkezhetünk meg, így a jogtudomány szempontjából sem elhanyagolható a fogalom körülhatárolása. A fogalom vizsgálata során a legmeghatározóbb kérdés, hogy mely tevékenységek tartoznak a közszolgáltatások fogalmi körébe, itt szintén az interdiszciplináris megközelítésre van szükség. A különböző tudományos megközelítések eltérő válaszokat nyújtanak számunkra, azonban mindegyik értelmezéshez kapcsolódva fontos kiemelni, hogy a közszolgáltatás egy sajátos, speciális szolgáltatás, melynek legfontosabb jellemzője a közösségi jelleg (Horváth M. 2002; Hoffman 2009):

a) A *közgazdasági megközelítés* szerint valamennyi közvetett vagy közvetlen gazdasági hatással rendelkező olyan gazdasági tevékenységet szolgáltatásnak tekint, amely nem minősül mezőgazdasági, ipari és bányászati tevékenységnek. Ez a megközelítés egy széleskörű szolgáltatás fogalmat rejt magában, amelybe beletartozik az állami feladatok széles köre is.
b) A *közigazgatás-tudományi* megközelítés tekintetében a közszolgáltatások legtágabb – szűkebb – legszűkebb fogalmi hármasának vizsgálatát veszem alapul (Hoffman 2009).
    1. A *legtágabb* megközelítés szerint közszolgáltatások mindazon szolgáltatások, melyeket az állam nyújt állampolgárok széles köreinek. Ide sorolható a törvényhozás, az igazságszolgáltatás, de a közigazgatás egésze is egyfajta közszolgáltatás, mivel az a társadalom és az állam jogszabályokban rögzített működését biztosítja (Marx 1996). Horváth M. Tamás (2002) szintén e tágabb értelmezést veszi alapul, az ő munkáiban a közszolgáltatások olyan feladatok ellátásának biztosítását jelentik, melyek adott feltételek között, valamilyen mértékig közösségi szervezést igényelnek és társadalmi közös szükségletek kielégítését szolgálják. Fontos kiemelni, hogy a közösségi szervezésnek és közösségi szükségletnek, mint két alapfeltételnek együttesen kell fennállnia. E tág értelmezés magában foglalja például a hivatali feladatok ellátását is. Berényi Sándor (2003) szintén a tágabb értelmezést veszi alapul, meglátása szerint a közigazgatás maga is közszolgáltatásnak tekinthető. E fogalomhasználat egyrészt utal az állam hatalmi tevékenységéből következő közszolgáltatásokra, így például a honvédelemre, a rendfenntartásra vagy éppen a jogvédelemre, másrészt kiterjed az állam által – az alkotmányban/alaptörvényben és a törvényekben meghatározott hatáskörben és keretek között – ellátott feladatokra, így az oktatás, a kultúra, az egészségügy területére, a szociális területre vagy a települések fejlesztésére, rendezésére (Berényi 2003). Horváth M. Tamás fogalmához kapcsolódva, Rixer Ádám (2012) szintén a közösségi szervezést emeli ki a fogalmi elemek közül.

Közcélú, illetve közérdekű szolgáltatásként definiálja a közszolgáltatásokat, melyek egy nagyobb közösség (állam, település) minden tagjára nézve megközelítőleg azonos feltételek mellett vehetők igénybe, és ezért valamilyen mértékig közösségi szervezést, szabályozást és ellenőrzést igényelnek. Továbbá kiemeli, hogy alapvetően olyan szolgáltatásokról van szó, ahol az állam a fogyasztók érdekében versenyen túli szempontokat is érvényesíteni kíván.

2. A *szűkebb felfogás* szerint a közszolgáltatások körébe nem tartozik bele az állam közhatalmi tevékenysége, így például a törvényhozás, az igazságszolgáltatás, a közigazgatási hatósági tevékenység. A megközelítés szerint tehát közszolgáltatásnak minősül minden állam vagy magánszemély által nyújtott szolgáltatás, amely a lakosok széles körének nyújt valamilyen ellátást és nem minősül az állam egyoldalú, közhatalmi aktusának.
3. A *legszűkebb értelmezés* viszont csak azon tevékenységeket sorolja a közszolgáltatások közé, melyek esetében a szolgáltató, vagyis az állam tényleges, személyes jellegű szolgáltatást nyújt. Mindez azt is jelenti, hogy a különböző állami támogatások, segélyek nem tartoznak az állami közszolgáltatások körébe, sem pénzbeli, sem természetbeni formájukban.

c) A *tételes jogi és jogtudományi megközelítés* szerint a közszolgáltatások egységes meghatározása nem létezik a jogrendszer és a jogtudomány egésze szempontjából, egyes jogágak, illetve jogszabályok is egymástól eltérő szemléletet és egyúttal merően eltérő definíciókat használnak. A példa kedvéért a humánszolgáltatások három jogszabályának fogalomhasználatot tekintettem át. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szoctv.) nem definiálja a szociális közszolgáltatást, csupán a különböző fejezetcímekkel utal rá. Az ágazati jogszabály II. fejezete a pénzbeli ellátások címet kapta, míg a III. fejezet a természetben nyújtott szociális ellátásokat tartalmazza, addig a szociális közszolgáltatások jelentős körét a IV. fejezetben találjuk a szociális szolgáltatások alatt. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) például 3. §-ának e) pontjában meghatározza az egészségügyi szolgáltatások fogalmát[1]. Az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások

[1] *egészségügyi szolgáltatás:* az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy - törvényben meghatározott esetben - az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a

szervezéséről szóló 2003. évi XLIII. törvény meghatározza az egészségügyi közszolgáltatás fogalmát, amit a részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatásként jelöl meg, továbbá az egészségügyi szolgáltatás fogalommagyarázata tekintetében visszautal az Eütv. által részletesen meghatározott fogalomra.

Hoffmann István megállapítása szerint „azok a gazdasági szempontból új érték teremtésével járó tevékenységek tekinthetők közszolgáltatásnak, amelyek tiszta vagy vegyes közjavak előállításához, és az azokkal összefüggő szolgáltatásokhoz kapcsolódnak, s nem foglalják magukban az állam közhatalom birtokában ellátott tevékenységét" (Hoffman 2009, 54). Mindezek alapján ő az újraelosztás keretében juttatott pénzbeli és természetbeni támogatásokat nem sorolja a közszolgáltatások körébe, hasonlóan a közigazgatás-tudományi legszűkebb értelmezéshez. Kutatásaim során én is ezt a megközelítést veszem alapul.

3.1.2 Közszolgáltatások típusai, általános jellemzők

A közszolgáltatások katalógusába számtalan feladat tartozhat, melyeket jelentős mértékben meghatározzák az alábbi tényezők (László – Pap 2007):

- az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége,
- állami berendezkedés,
- állami gazdaságpolitika,
- technikai fejlettség és fejlődés sajátosságai,
- igények és szükségletek kielégítésének feltételrendszere,
- társadalmi hagyományok.

Horváth M. Tamás (2002) meglátása szerint az alábbi tényezők hatását is szükséges szem előtt tartani, főként a helyi közjavakhoz szorosan kapcsolódó közszolgáltatások tekintetében:

- történeti folyamatok (egyes történeti korszakokban más és más állami közfeladat-ellátás terjedelme),
- munkamegosztás (központi és helyi szint közötti munkamegosztás tartalma és jellege szerint)
- szolgáltatásszervezés sajátosságai (különböző szolgáltatások sajátságos szervezési megoldásai).

---

gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővétételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabályszerinti tevékenységeket is.

A közszolgáltatások körének meghatározása állami feladat (alaptörvényen és ágazati törvényeken keresztül), melyet az Európai Unión belül is tagállami feladatként határoznak meg. Ilyen értelemben kijelenthető, hogy közszolgáltatás az, amit az állam és az önkormányzat annak minősít. A közszolgáltatások csoportosítására a szakirodalomban számos megközelítést találunk. Az *egyik megközelítés* (László – Pap 2007) szerint a közszolgáltatások meghatározó része – melyeket közösen kielégíthető szolgáltatásnak is nevez – az alapvető szükségletek, az elemi létszükségletek köréhez kapcsolható. E közszolgáltatások egy kvázi piacot testesítenek meg, ami azt jelenti, hogy a lakosság a szolgáltatási igényeit csakis másokkal közösen tudja kielégíteni. Ide sorolhatók a lakáshoz, a lakóhelyhez, illetve azok környezetéhez kapcsolódó szolgáltatások. Nem helyettesíthető szükségletekről beszélhetünk itt, melyre tipikus példa a lakás, a víz- és energia-ellátás, a közlekedés, vagy a város- és községgazdálkodási szolgáltatások (Papp 2003). A piaci viszonyok a szolgáltatások feltételeinek megteremtésekor jutnak szerephez, az állam és az önkormányzatok domináns szerepvállalása közepette. Az alapvető szükségletek mellett a közösségileg kielégíthető szükségletek másik részét alkotja a kulturális, a biztosítási, a hírközlési és a postai szolgáltatások bizonyos köre. Egy *másik megközelítés* (László – Pap 2007) szerint a szűkebb értelemben vett közszolgáltatásokat közüzemi szolgáltatásoknak nevezik, a tágabb értelemben vett közszolgáltatás pedig olyan szolgáltatás, ahol az állam és az önkormányzat szabályozó szerepe érvényesül. Ebben az értelmezésben a szakirodalom megkülönbözteti a humán szolgáltatásokat és az anyagi szolgáltatásokat. Az előbbihez az oktatás, a szociális ellátás, az egészségügyi szolgáltatások, a kulturális és művelődéssel kapcsolatos szolgáltatások, érdekvédelemmel kapcsolatos szolgáltatások tartoznak. Az utóbbi, az anyagi szolgáltatások magukba foglalják a közüzemi és kommunális közszolgáltatásokat, úgy mint az ivóvíz, közvilágítás, szennyvízkezelés és tisztítás, tömegközlekedés, vízrendezés, csapadékvíz-elvezetés, közutak, zöldterületek, köztemetők fenntartása, helyiség- és lakásgazdálkodás, telekgazdálkodás, kéményseprés, köztisztaság, elektromos energia, gáz, hőellátás, hírközlés és távközlés feladatait. Az anyagi közszolgáltatások helyett gyakran használják az infrastrukturális vagy műszaki közszolgáltatások fogalmait, melyek tartalmukat és a szolgáltatás vertikumát tekintve is merőben eltérnek a humán szolgáltatásoktól, elsősorban abban, hogy vezetékes, vonalas infrastruktúrát igényelnek. Közüzemről akkor beszélhetünk, amikor a közszolgáltatásokat vállalati formában, gazdasági szervezetekben végzik. A közüzemek a versenyszféra vállalataival megegyező gazdálkodási rendszer szerint működnek, üzleti érdekük azonban sajátos, mert tevékenységi körüket a természetes monopólium jellemzi. Mindez azt jelenti egyrészt, hogy az üzleti érdek és a társadalmi érdek sajátos egybeeséséről van szó, ami kihat a tulajdonosi szerkezetre, a döntési

mechanizmusokra és a gazdálkodási sajátosságokra. Másrészt azt is jelenti, hogy olyan vállalatról van szó, amely valamely szolgáltatás kizárólagos ellátója és központi ellenőrzés alatt működik egy sajátosan szabályozott piacon. A korábbiakhoz több ponton kapcsolódó, *további megközelítés* (Nyikos – Soós 2018) alapja, hogy az adott szolgáltatást piaci alapon nyújtják-e vagy sem. Az egyik csoportot a gazdasági (piaci) alapú közszolgáltatások alkotják, melyek közös jellemzője, hogy közszükségletet, közösségi érdeket látnak el, jellemzően közüzemek segítségével. A legjellemzőbb piaci alapú közszolgáltatás a villamosenergia-szolgáltatás, a távhőellátás, a gázszolgáltatás, az ivóvízellátás, a szennyvízelvezetés, a vasúti, közúti és légi közlekedés és szállítás, a tömegközlekedés különböző fajtái, a postai és távközlési szolgáltatások (különösen a műsorszolgáltatás és a műsorterjesztés). E közszolgáltatások közösen fogyasztható javaknak minősülnek, azzal a sajátossággal, hogy fogyasztásukból bárki kizárható. A felhasználók szemszögéből nézve további fontos jellemzője e közszolgáltatás típusnak, hogy egyenlő feltételekkel vehetők igénybe, szabadon és egyetemesen hozzáférhetők, valamint a szolgáltatás biztosítása folytonos. A közszolgáltatás működtetése szempontjából nélkülözhetetlen, alapvető jellemző, hogy szabályozása közszolgáltatási tartalmú, közjogi alapú, tehát fennáll az állami beavatkozás lehetősége, valamint jelen van a szolgáltatás közösség általi folyamatos ellenőrzése. További jellemzője, hogy kötelező a szolgáltatást folyamatosan, állandó jelleggel működtetni. Bár a sajátosságok között megjelenik, de nem kötelező fogalmi elem, hogy közösségi, állami tulajdonban van. A másik csoportot a nem piaci alapú közszolgáltatások jelentik, melyek alapvető jellemzője, hogy az ellátási rendszerükben a piaci mechanizmusok nem jutnak meghatározó szerephez. E közszolgáltatások biztosítása a piaci struktúrán kívül, nem profitorientáltan működik. Az állam a közérdek érvényesítése érdekében köteles e területeket tudatosan alakítani és az ellátás folyamatosságát biztosítani. De azt szükséges itt megjegyezni, hogy a nem piaci alapú közszolgáltatások esetében nem szabad teljességgel kizárni a piaci alapú szolgáltatásnyújtást. A nem piaci alapú közszolgáltatások *egyéb szempontok* alapján is csoportosíthatók (Kiss 2011). A tulajdonforma szerint megkülönböztetjük az állami, önkormányzati szereplők által nyújtott közszolgáltatásokat, a magánszereplők által nyújtott közszolgáltatásokat és a vegyes modellt, mely utóbbira példaként megemlíthetők a gyógyszertárak, a háziorvosok az egészségügyi alapellátásban, vagy a magán busztársaságok a helyi tömegközlekedésben. Finanszírozási szempontból egyik csoportot jelentik az állam vagy önkormányzat által finanszírozott közszolgáltatások (például rendőrség), a másik csoportba tartoznak a fogyasztók vagy ügyfelek által finanszírozott közszolgáltatások (elektromos áram), a harmadik csoportot a vegyes finanszírozású közszolgáltatások jelentik (egészségügy). Az igénybe vevők köre szerint léteznek mindenki által igénybe vehető

közszolgáltatások, illetve a fogyasztói vagy ügyfélkör által igénybe vehető közszolgáltatások. Fontos kihangsúlyozni, hogy a fenti típusok sok esetben nem „vegytiszta” állapotban jelennek meg a gyakorlatban.

A közszolgáltatások általános csoportosításai után áttérve a helyi közszolgáltatások típusaira Horváth M. Tamás kategorizálását veszem alapul (Horváth M. 2002, 47), mely szerint az alábbi főbb csoportok és közszolgáltatások különíthetők el:

1. közüzemi szolgáltatások (jellemzően az alábbi hálózatos infrastruktúra létesítése és fenntartása, továbbá szolgáltatásszervezés): közvilágítás, közműves ivóvízellátást biztosító hálózat, szennyvízcsatorna-rendszer, csapadék-vízelvezetés, vezetékes gázellátás, távhő- és vezetékes melegvíz-szolgáltatás, egyéb helyi energiaellátás, települési közutak, térségi jelentőségű utak.
2. kommunális szolgáltatások (egyéb településüzemeltetési közszolgáltatások létesítése, fenntartása, szervezése): köztemetők, települési szilárd és folyékony hulladék gyűjtése, hulladéklerakás, - elhelyezés, szennyvíztisztítás, közterületek tisztántartása, közparkok és helyi zöldterületek, kéménseprés és tüzeléstechnikai szolgáltatások, városi tömegközlekedés.
3. lakásgazdálkodás (szociális célú szükségletek kielégítésében való közreműködés): szociális bérlakások fenntartása és lakástámogatás.
4. humán szolgáltatások (jellemzően az alábbi humán infrastruktúra létesítése, fenntartása, illetve a megfelelő szolgáltatás biztosítása intézmény vagy más szervezési megoldás útján): bölcsődei ellátás, óvodai ellátás, alapfokú iskoláztatás, középfokú iskoláztatás, középiskolai kollégiumi ellátás, körzeti orvosi rendelés, járóbeteg szakrendelés, kórházi ellátás, idősek különböző ellátásai, könyvtár, múzeum, levéltár.
5. helyi rendészeti szolgáltatások (jellemzően az adott rendészeti terület országos rendszerével összhangban szervezett formában): tűzvédelem (katasztrófavédelem), polgári védelem, helyi rendészet (helyi rendőrség, polgárőrség), közegészségügy.

A helyi közszolgáltatások tekintetében a Horváth M. Tamás által felállított tipizálással csak részben egyetértve, az általam kutatott győri szolgáltatásszervezési modell keretében humán közszolgáltatások körében az alábbi pilléreket vizsgálom:

- *szociális feladatok*, vagyis a helyi szociális ellátórendszer keretében nyújtott szolgáltatások és ellátott feladatok, melyet szélesebb körben értelmezem és ide sorolom a helyi önkormányzat feladat- és hatáskörébe tartozó gyermekjóléti és gyermekvédelmi feladatokat is,

- *egészségügyi feladatok,* ami az egészségügyi alapellátás keretében ellátott feladatokat foglalja magában,
- *lakásügyi feladatok,* melyeket a humánszolgáltatási feladatok közé sorolok, hiszen több ponton kapcsolódik a szociális szükségletek kielégítéséhez, mind a szociális bérlakások fenntartása, mind a lakástámogatások körében,
- *Egészséges Városok Program feladatai, szolgáltatásai* mely klasszikusan nem jelenik meg egyik csoportosításban sem, azonban a győri modell tekintetében a 30 évre visszatekintő feladatellátás e területen, az ellátott feladatok sokasága és sokszínűsége, a szolgáltatások hozzáférhetősége, valamint további tényezők indokolják e pillér nevesítését és külön kezelését.

3.2 Közszolgáltatások szervezésének nemzetközi tendenciái

A közszolgáltatások szervezésének technikáihoz, tendenciáihoz szorosan kapcsolódnak a közmendzsment modellek, melyek a társadalmilag közösen ellátott feladatok megszervezésére irányuló tevékenységeket ölelik fel (Horváth M. 2010). Négy irányzattal foglalkozok részletesen, a weberi modell, az új közmenedzsment (New Public Management), a kormányzás (governance) és a neoweberi modell főbb jellemzőivel, sajátosságaival. Fontos kiemelni, hogy egységes modellek nem léteznek, ugyanazon trendekre az országok különböző válaszokat adnak a közigazgatási reformjaik során (Bevir et al. 2003).

3.2.1 A weberi modell, avagy a hagyományos közfeladat-ellátás keretei

A modell kapcsán szükséges visszautalni a polgári kor előtti időszakra, melyhez kötődően Max Weber társadalomelméletében az úr és a szolga kapcsolatához, viszonyához hasonlítja a közösség szolgálója az apród, az udvaronc és az uralkodó, a földesúr kapcsolatát, amit egyfajta hűbéri, lekötelezetti és bizalmasi jelzőkkel tudnánk jellemezni, ahol minden tekintetben az uralkodótól való függés a domináns (in: Horváth M. 2010). E felfogáshoz képest hoz újat a polgári kor, mind a *hivatalnok* személye tekintetében, mind az állami szervezet működési természete tekintetében.

Weber (1979) szerint a polgári kor állama racionális állam, ami azt jelenti, hogy a modern értelemben vett jog uralma érvényesül. Az állam maga tehát egy racionális képződmény, mely az egyetlen forma, amin belül a kapitalizmus fejlődni tud. Alapját a racionális jogrendszer jelenti, mely alapján a hivatalnok döntést hoz. Gajduschek (1998) szerint a racionalitás alapját a hierarchia, a szakosodás, az aktaszerűség, valamint a szabályozottság adja. A szakképzett hivatalnokok az állami működés motorját jelentik, akiknek a kiválasztása, képzése szigorú szabályok szerint történt (Balaram 2000). Weber

megközelítésében a hivatalnok a következő alapvető sajátosságokkal bír: személyében szabad és karrierje fixen, előre rögzített előmeneteli rendszeren alapul, melyet Fábián Adrián (2010) kiegészít azzal, hogy a „személyi szabadság" abban nyilvánul meg, hogy csak a hivatali kötelezettségeiknek kell eleget tenniük, kiválasztásuk szabadon, szakképzettségük alapján történik, életpályájukat a szolgálati idő és a teljesítmény határozza meg, hivatali tisztségük jelenti főfoglalkozásukat. A hivatalnok személyével kapcsolatban Gajduschek (1998) továbbá kiemeli a feltétlen engedelmességet, a személyes értékrend, érzelmek, érdekek figyelmen kívül hagyását, valamint a megfelelő, igazolt szakértelem meglétét. Szerinte mindezek csupán megfelelő jutalmazás ellenében várhatók el, melynek meghatározó elemét kell, hogy jelentse a megfelelő, viszonylag magas fizetés, más társadalmi csoportok számára nem létező juttatások biztosítása, előmeneteli rendszer, kiemelkedően magas presztízs. Lőrincz Lajos (1981) hozzáteszi, hogy a fenti sajátosságok fennállása miatt a közhivatalnokok minden rétege elkülönül a néptől, ugyanis számos olyan előnyt élvez, mely más csoportokat nem illet meg.

A Weber modelljének központi fogalma a hivatalnok mellett a *bürokrácia*, melyet a modern társadalom alapvető szervezési-működési feltételeként definiál, mely fogalom az érett bürokráciákban (Gellén 2010) egyenlő a precizitás, gyorsaság, tudás, folyamatosság, mérlegelés, egység, szigorú alárendeltség és a belső súrlódás, valamint a személyi és tárgyi ráfordítások leszorításának fogalmaival. Tovább menve, a racionalizált és rigorózus bürokrácia a hatékony közigazgatás ideálját tartja szem előtt (Pongrácz 2016). Mások az igazgatás modern formájaként (Fábián 2010) vagy éppen a jogi, gazdasági, technikai racionalitás érvényesítésének szükségszerű feltételeként, szervezeti kereteként értelmezik a bürokráciát, ami egyúttal a racionalitás, a logikai tisztaság fő eszköze és szervezeti megjelenési formája, amelyben megtalálható a technikai tudás felsőbbsége (Gellén 2010). A bürokratikus igazgatás hagyományának jellemzői között az alábbi három tényezőt szükséges kiemelni (Horváth M. 2005):

- szervezetigazgatás – a közigazgatás felépítésének alapját a szabályok jelentik, mind az alapítás, mind a működtetés, mind a belső viszonyokat és külső viszonyokat kezelő struktúrák tekintetében,
- hierarchia – nem csak a belső felépítésben, hanem a szervezetközi viszonyokban is meghatározó tényező,
- normativitás – a működés kereteit, rendjét jogszabályok és szervezeti normák határozzák meg.

Weber megjegyzi mindezek mellett, hogy a bürokratikus igazgatás mindig a nyilvánosság kizárásával történő igazgatás. Lőrincz (1981) több ponton kapcsolódva a bürokratikus igazgatás sajátosságaihoz, a bürokratikus szerv jellemzőit foglalja össze, melyek között megállapítja, hogy e szervek rögzített szabályokkal rendezett hatósági hatáskörök alapján működnek, valamint kiemeli a hivatali hierarchia, a szolgálati út elvét, melyet egy szilárdan rendezett rendszerként, a hatóság egymás alá- és fölé-rendelésében fogalmaz meg, melyben a felsőbb szervek felügyeletet gyakorolnak. Továbbá kiemeli, hogy a szakosított hivatali tevékenység alapos szakképzést igényel és ezáltal a hivatali teendők ellátása gyakorlatilag egy szakmává válik. Összességében a bürokratikus szervtípust egyértelműen pozitív „jelenségként" értékeli, főleg olyan kontextusban, hogy ha egyszer a bürokrácia teljesen kiépült, akkor a legnehezebben szétzúzható képződmények közé tartozik. A bürokrácia legfőbb előnyét a kiszámíthatóság adja, melynek fontos eleme a pontosan rögzített, át nem léphető hatáskörök rendszere, a lineáris szervezet merev hierarchiája, valamint a szakértelemhez való ragaszkodás. A modell kizárólag a vertikális kommunikációt engedi meg, a struktúra kívülről nézve erős, tömbszerű, a felülről érkező információkkal szemben védtelen, az utasítások minőségét nem vizsgálja, azaz automatikusan befogadja, míg az alulról jövő információk esetében amennyiben külön jogszabály nem kötelezi a lakossági információ feldolgozására, akkor valószínű az elutasítás (Gellén 2010). Egyes szerzők külön foglalkoztak a weberi bürokrácia és a kormányzati teljesítmény összefüggéseivel (Cho et al. 2013).

A bürokrácia fogalmával kapcsolatban Fábián kihangsúlyozza, hogy egységes fogalmi rendszer nem áll rendelkezésünkre, a szakirodalom többé-kevésbé eltérő jelentéstartalmat tulajdonít neki. A legáltalánosabb megközelítés szerint a bürokrácia kifejezés egyszerre utalhat az alábbiakra (Fábián 2010):

- privilegizált hivatali réteg,
- igazgatási szervek uralma,
- ügyintézés diszfunkcionális jelenségei.

A mindmáig érvényes és legegyetemesebb megfogalmazás Max Weberhez köthető, mely szerint a bürokrácia a legális uralom hierarchikus formája, a szervezeti rend ideáltípusa és egyúttal egy értéksemleges fogalom, mely véleménye szerint mint általános szervezeti struktúra nem csak a közigazgatásban értelmezhető, hanem minden modern szervezetben egyformán érvényesülhet. Legális hatalom pedig csak ott létezik, ahol van olyan tételes jog, amely rendszert alkot és ahol van „legális úr", akinek a szervezet tagjai kötelesek engedelmeskedni a jogi szabályoknak megfelelően (Fábián 2010). Azonban a modern

igazgatás két nagy területe (közigazgatás – magánigazgatás) között nem tesz különbséget, csupán annyit jegyez meg, hogy a maga nemében mindegyiket egyforma fejlettnek tekinti, mihelyt a bürokratikus szervtípus sajátosságaival rendelkezik, ugyanis tisztán technikai szempontból a bürokratikus igazgatás felette áll minden más igazgatási formának, ami mind a közigazgatás, mind a magánigazgatás területén is meghatározóvá válhat.

Lőrincz (1981) idézi és meghatározónak tekinti Fayol álláspontját, aki szerint a köz- és magánigazgatás (vagy vállalatigazgatás) szervei között csupán annyi különbség létezik, hogy az előbbiek sokkal tökéletesebbek, de egyúttal sokkal kevésbé hatékonyak. Megközelítésében a kiindulópont a vállalatigazgatás, melyhez hasonlítva a közigazgatás negatív irányú eltéréssel jellemezhető. Kifejti továbbá, hogy bár a szakirodalomban érdemi összehasonlítás nem található az igazgatás két nagy területe tekintetében, a közigazgatásról alapvetően negatív véleményeket fogalmaznak meg és az alábbi jelzőkkel jellemzik: nem hatékony, lassú, gazdaságtalan, bürokratikus, korszerűtlen, elavult szerkezetű és igazgatási eszközöket alkalmazó. E közigazgatásnak tulajdonított jellemzők közvetve a weberi modell bürokratikus struktúráját is bírálják.

Max Weber munkásságának jelentőségét a szakirodalom abban jelöli meg, hogy elsők között foglalkozott az újfajta igazgatási rendszer tudományos vizsgálatával. A bürokráciát, az igazgatás modern formáját korszerűnek, hatékonynak ítélte meg. Továbbá fontos kiemelni, hogy Közép- és Kelet-Európában, ahol a német-osztrák közigazgatási hagyományra épült rá a szovjet mintájú modell, a weberi koncepció tovább élt (Gellén 2010) és számos lendületes reform következtében a weberi bürokrácia nem tűnt el, csak kissé megváltozott.

3.2.2 Új közmenedzsment, avagy New Public Management modellje

Az új közmenedzsment megjelenése nem előzmény nélküli. Az előzmények tekintetében szükséges visszanyúlni az 1970-es évekig és a fejlett országokban lezajló makrogazdasági folyamatokra pillantást vetni. A fejlett országokban szembetűnő folyamatok voltak felismerhetők, melyek magukban foglalták az állami szerepvállalás mértékének növekedését, ami megjelent mind a foglalkoztatottság, mind a társadalmi javak elosztása tekintetében és a gyakorlatban az állami alkalmazottak arányának, a jóléti kiadások arányának és összességében az állami kiadások arányának növekedésében öltött testet. A makrogazdasági folyamatokhoz szorosan kapcsolódtak a társadalompolitikai kihívások (Horváth M. 2010), melyeknek legdominánsabb szegmense a jóléti államok korszakához kapcsolódik. A jóléti államok kialakulása a második világháborús újjáépítés időszakára tehető, fénykorát az 1960-70-es években élte egészen az olajválságig, amely alapjaiban

megrengette a jóléti állami koncepcióját azáltal, hogy a közkiadások magas szintje, sőt további emelésének finanszírozása már nem volt lehetséges az állami költségvetésből . A jóléti államok kiépülése időszakának fontos jellemzője volt, hogy folyamatosan nőttek a lakossági igények is a közszolgáltatások iránt. A jóléti államok további sajátossága, hogy állampolgári jogon juttatások magas szintjét garantálták annak eredményeképpen, hogy fejlett rendszert építettek ki a szociális, az egészségügyi, az oktatási területen – például a nyugdíjrendszer vagy a munkanélküli ellátások tekintetében – ami az állami újraelosztás viszonylag magas hányadát feltételezte. Mindez nem mellesleg együtt járt a közszférában foglalkoztatottak egyre növekvő számával. Az állam növekvő szerepvállalása egyre inkább felvetette, megkérdőjelezte a közigazgatás hatékonyságát, eredményességét. Társadalompolitikai szempontból mindenképpen szükséges is kitekintést tenni a neokonzervatív államok időszakára, ugyanis a jóléti állam finanszírozási krízisével egy időben a jóléti politikát zászlajukra tűző szociáldemokrata kormányok bukása is elkerülhetetlenné vált. Az őket követő konzervatív pártok szemléletében, gyakorlatában pedig egyre inkább ösztönzést kaptak a közfeladatok ellátásában az államon kívüli formációk, az öngondoskodás, valamint az ellátórendszerek más forrásokból – akár csak kiegészítő jelleggel – való fenntartása. Mindez a politika azt is jelentette, hogy a fogyasztó állampolgároknak nagyobb terhet kellett viselniük. A sok esetben sikeres neokonzervatív politika pályafutása is véges volt, annak ellenére, hogy sikerült megállítani a közkiadások növekedését, átalakítani a kormányzati szerepet (gazdaságpolitikai, ellátás-szervezési szempontból) és sikereket könyvelhettek el a külpolitika területén is (hiszen elősegítették a szocialista világrend összeomlását). Azonban mindezek ellenére a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése volt tetten érhető. A neokonzervatív korszakot követő időszak fontos jellemzője volt, hogy szóba sem kerülhetett a korábbi magánosítások visszaállamosítása, valamint a jóléti szolgáltatások újbóli kiterjesztése. A korábbi öntevékenység helyett a „képessé tevést" ösztönözték, ami azt jelentette, hogy a különböző társadalmi csoportok saját felelősségvállalásának önállóságát segítették elő állami eszközökkel (például a szociális ellátásban támogatták a család vagy más közösség általi otthonápolást). Továbbá a makrogazdasági folyamatok vonatkozásában a nemzetközi piacok liberalizálása következtében új kihívásokkal is szembe kellett nézni az országoknak. A makrogazdasági és társadalompolitikai folyamatokra, azok kihívásaira az országok különböző, de céljukat, általános jellemzőiket tekintve közel azonos válaszokat adtak (Fábián 2010).

Szintén az előzmények körében érdemes megjegyezni az 1970-es évektől kezdve a menedzserializmus ideológiájának megjelenését is, mely később átfogó szemléletté vált a közszférában is (Horváth M. 2010). Itt szükséges kihangsúlyozni, hogy a menedzserializmus

nem váltotta le a hagyományos szervezetigazgatást, inkább mellé lépett azáltal, hogy a közfeladatok ellátása során ösztönözte a piaci módszerek alkalmazását, a vállalkozói szellem beépítését a nagy ellátórendszerek működésébe, valamint a magánszektor szereplőinek aktivitását a közmegbízások teljesítésének piacán. A fogalomhasználat terén is érdemes kihangsúlyozni, hogy az addig uralkodó közigazgatás (public administration) kifejezést felváltja a közmenedzsment (public management). Az „új" jelző pedig több értelemben egy újabb szintet képviselt. Egyrészt ráépült a hagyományos közigazgatásra, hiszen azt nem váltotta fel, hanem bizonyos funkciók korábbival azonos módon való továbbélése volt megfigyelhető, másrészt számos új kihívásra kellett válaszokat megfogalmazni, ami a célkitűzéseit is jelentette egyúttal.

Az új közmenedzsment fogalmát először Christopher Hood (1989) használta 1989-ben a Ausztráliában, Nagy-Britanniában és az USA-ban megvalósított közigazgatási reformok jellemzésére, ez adja a fogalom eredeti jelentését. Míg az 1970-80-as években a legfeltűnőbb nemzetközi trendként azonosítja a közigazgatásban (Hood 1990), addig a 2000-es években sikereket és kudarcokat egyaránt magában foglaló, tartósan és következetesen napirenden lévő reformtörekvésként jellemzi (Hood 2004). Napjainkban a fogalom alatt sokkal inkább egy olyan elgondolást ért a szakirodalom, amely a gazdasági kategóriáknak, elveknek az állami, közigazgatási rendszerbe való céljainak, tapasztalatainak tudományos igényű rendszerezése, valamint új elgondolásokkal és elméletekkel való kiegészítése. Lane (2000) meglátása szerint a New Public Management „kifejezés" arra utal, hogy a magánszféra menedzsment technikáit hogyan alkalmazzák a közszolgáltatások szervezésében. Fontos azonban kiemelni, hogy az új közmenedzsment nem egy tudományág vagy tudományos irányzat, sokkal inkább egy mozgalom, melynek legfőbb célja a hatékony közigazgatás megteremtésében keresendő és mely mozgalomtól az ügyfél, a piac, a verseny és a vállalati menedzsment fogalmak elválaszthatatlanok. Más szakirodalmi megközelítés kiemeli, hogy az új közmenedzsment kikezdte a hagyományos, weberi bürokratikus modellre épülő közigazgatás pozícióját és fő üzenetként e modelltől való eltérést fejezi ki (Pongrácz 2016). Osborne (2006; 2010) már a 2000-es években úgy gondolta, hogy a NPM a fejlődés egy átmeneti szakaszában van a tradícionális közigaztás (Public Administration) és a New Public Governance közötti úton.

Az új közmenedzsment karrierjét tekintve elmondható, hogy különösen az angolszász országokban terjedt el széles körben (McLaughlin et al. 2001), ahol mélyreható kormányzati reformokban testesült meg a korábban már idézett „mintaországokban". A mozgalom terjedése itt nem állt meg, a felfogás átterjedt az angolszász országokon kívüli fejlett

országokra is, akik saját hagyományaikkal „vegyítve” alkalmazták és hozzájárultak egyúttal a mozgalom további terjedéséhez. Végül az ő közvetítésükkel jutott el a rendszerváltó országokba, valamint a harmadik világ országaiba. A mozgalom terjedése mind időben, mind térben dinamikus pályát írt le. A nyugati országokban a konzervatív korszakváltás után a mozgalom ideologikus tartalmai egyre inkább a háttérbe kerültek és a hangsúly áttevődött a szervezési és technikai részletekre, melyek egy komplex megközelítésmódba ágyazódtak be. A további professzionalizálódás érdekében egyrészt a közfeladat-ellátást megalapozó környezet kiszélesedett, ennek jeleként például új pozíciók jelentek meg – tanácsadói tevékenység, programmenedzser, közbeszerzési ügyintéző – mely a menedzser szemlélet mélyre hatolását testesítette meg. Másrészt a fejlett országokban a reformokról a hangsúly a menedzseri gyakorlatra tevődött át, ami azt jelentette, hogy az állami szerepvállalás tartalma, technikái, módszerei jelentős átalakuláson mentek keresztül, mely során a magánszektor számos új funkciót magához tudott ragadni.

Horváth M. Tamás (2010) összehasonlítása alapján röviden felvázolom a közmenedzsment főbb nyugati modelljeinek legfőbb sajátosságait, a legjelentősebb közfeladat-megszervezési mintákat. Az *angolszász modell* országai közül Nagy-Britanniát emelném csupán ki, ahol a program részét képezte a központi kontroll bevezetését a helyi túlköltekezés ellen, továbbá az adórendszer átalakítására, a lakásrendszer átformálására a privatizáció jegyében. Az egészségügyi területen pedig a kvázi piacok kialakításával új teljesítménykövetelményeket vezettek be. A *francia (napóleoni vagy Napóleon-) modell* tekintetében az új közmenedzsment nem jelentett nagy újdonságot. A magánszektor szereplőivel való kapcsolatrendszer kialakításában hagyományosan az állam fontos szerepet töltött be, így paradigmaváltás ilyen téren sem történt. A helyi közszolgáltatás-szervezés francia modellje jól mutatja, hogy a magánszervezetek részvétele a közszolgáltatások ellátásában nem újítás, sokkal inkább államszervezési tradíció. A harmadik vizsgált modell, a *német rendszer* tekintetében egyértelműen nem szabad elfeledkezni a porosz utas fejlődésről, melynek lényegét a weberi leírás foglalta össze. Az új igazgatási modell (das Neue Steuerungsmodell) esetében egy recepciós folyamatról beszélhetünk, melyben az új közmenedzsment elemek átvételét követően az új elemeket saját képükre formálva építették a rendszerbe. Az új igazgatási modell, melyet gyakran Tillburgi Modellként is emlegetnek, többek között az alábbi főbb elemekkel bír:

- az igazgatási eredmények költségeinek számbavétele,
- a magánszférában szokásos könyvelési rend bevezetése,
- minőségi mutatók definiálása,
- külső források bevonása, kiszervezés, privatizáció,

- nyitottság a versenyre a közfeladatok ellátása terén is.

A német modell tekintetében összességében legfőbb sajátosságként elmondható, hogy a magánszektorral való kapcsolat súlypontja a közszféra piaci részesedése formájában jelenik meg.

Az új közmenedzsment tartalmának bemutatásához a szakirodalomban megtalálható célkitűzések széles csoportját gyűjtöttem össze, melyek összességében kifejezik a NPM legfőbb sajátosságait. Az átláthatóság kedvéért Horváth M. Tamás (2002) csoportosítását hívtam segítségül, mely a társadalmi kihatások és a változások fókuszának iránya tekintetében, e két ismérv köré építette a mozgalom elemeit.

1. Társadalmi kihatás alapján
    a) makroszintű folyamatok
        - a közigazgatás növekedési ütemének csökkentése (költségvetés, személyi állomány tekintetében),
        - szubszidiaritás előtérbe kerülése a közszolgáltatások biztosításában,
        - piaci szimulációs megoldások kialakítása (egészségügy, oktatás),
        - fogyasztói orientáció erősítése a közszolgáltatások szervezésében,
    b) igazgatási szintű folyamatok, technikák (a teljesítményorientáció jegyében)
        - kifelé irányuló teljesítmény mérése mutatókkal,
        - közszolgáltató, közmegrendelő, fogyasztó kapcsolatainak konkrét szerződéses rendezése,
        - szervezési folyamatok átalakítása, stratégiai szemlélet kulcsszerephez juttatása,
        - alternatív szolgáltatásszervezési megoldások felértékelődése,
2. Változások fókuszának iránya alapján
    a) közigazgatáson belülre koncentrálódik
        - tevékenység társadalmi hatékonyságának növelése,
        - pénzügyi menedzsment reformja,
        - decentralizáció,
        - közszolgálat átalakítása,
        - új igazgatásszervezési technikák alkalmazása,
    b) közigazgatáson kívülre koncentrálódik
        - privatizáció,
        - magánszektorra vonatkozó dereguláció,
        - fogyasztói részvétel a szolgáltatásszervezésben,

- szolgáltatói szervezetek önállóságának növelése,
- piaci mechanizmusok bevonása, közszféra „piacosítása” (közvetve a növekedés és a centralizáció korlátozása).

Összességében megfogalmazható, hogy az új közmenedzsment mozgalom legfőbb célkitűzései (Fábián 2010; Horváth M. 2010; Pongrácz 2016), melyek köré az összes többi ismérv csoportosul: az állam visszaszorítása, a kevesebb állam elve, valamint a közszféra piacosítása, mely által a magánszektor szereplői számára engednek nagyobb teret.

Szoros összefüggésben, több esetben átfedéssel a fentebb felvázolt célrendszer segítségével megfogalmazható az új közmenedzsment eszközrendszere és módszerei, melyet a teljesség igénye nélkül csupán röviden érintek. Az egyik leggyakrabban idézett eszköz a *privatizáció,* mely szűkebb értelemben a vagyon köztulajdonból magántulajdonba kerülésének folyamatát jelöli, míg tágabb értelemben a kormányzati szerepvállalás csökkenését és a magánszféra közösségi feladatok ellátásában való előretörését értik alatta. Az *állam leépítése* is gyakran megjelenik a szakirodalomban az eszközök között, mely szoros kapcsolatban áll a karcsú közigazgatás fogalmával, ami arra utal, hogy az állam csupán a legfontosabb, stratégiai feladatokat látja el és azokat a feladatokat, melyeket nem kellő hatékonysággal képes megvalósítani, azokat kiszervezi, mely *kiszervezés* egy újabb eszközként definiálható. Az állami leépítés egy másik formája a *dereguláció*, vagyis a szabályok csökkentése. A *piaci viszonyok kiterjesztése*, a piaci viszonyokhoz hasonló környezet kialakítása szintén sokat idézett terület. Egyes szerzők ide sorolják a közigazgatási egységek önállóságának növelését a *decentralizáció* segítségével, mások pedig az *ügyfélbarát közigazgatás* kialakítását is.

Az új közmenedzsment és humánszolgáltatások viszonyában különösen fontos kihangsúlyozni, hogy e modell – főként a szociális közszolgáltatások területén kevésbé alkalmazható – mivel ott a hatékonysági, mérhetőségi szempontok korlátozottan érvényesíthetők. Továbbá e szempontok érvényesítése érdekében bevezetett protokollok a beavatkozások bürokratizálódását, a segítettek közötti különbségek figyelmen kívül hagyását segítik elő. Dominelli (2010) szerint a menedzserializmus terjedése következtében a szakma identitása válságba került, leértékelődik a szakma és olyan bürokratikus folyamatokat indít el, amelyek alapjaiban megkérdőjelezik a szociális szakma működését és létjogosultságát. Temesváry Zsolt (2018) a szociális munka és a szociálpedagógia elméleteinek elemzése során rámutat az új közmenedzsment szociális területet befolyásoló negatív hatásaira is. Például a feladatközpontú szociális munka elméletében a fenntartó feszes, menedzsment-jellegű, szigorú adminisztrációs keretek közötti működést vár el, ami a hazai szociális munkában esetmenedzsment formájában honosodott meg. Továbbá megemlíthető, hogy az

intézményekben folyó munka minőségbiztosítása szempontjából szükséges az egységes szakmai keretek közötti munkavégzés, ami gyakorlatilag a segítő tevékenység túlzott sztenderdizálásához vezet és ezáltal éppen a szociális munka lelkét, a problémákra való kreatív, sokszempontú reagálás képességét veszi el. A posztmodern elméletek szerint pedig a liberális és neokonzervatív jóléti rendszerek a szociális munka kudarcát hozzák azáltal, hogy az általuk működtetett intézmények többre értékelik a szociális problémák hatékony menedzselését, mint a szociális segítés eredeti humanisztikus és értékalapú szakmai professzionalizmusát. Bugarszki (2014) már a magyar szociális munka válságáról beszél, melynek sajátosságai között említi az államszocialista korszakból örökölt erősen medikalizált és intézményesített ellátórendszert, valamint az adatlapokon folyó és erős igazgatási irányítás alatt zajló szakmai munkát.

Összefoglalva elmondható, hogy az új közmenedzsmentet a kezdetektől fogva számos kritika érte. Bár számos részsikert és általa „nem szándékolt" eredményt ért el, próbálkozásai inkább kudarcba fulladtak, főként abban a tekintetben, hogy „sokat" tett a demokrácia, a helyi önkormányzatok szerepének, súlyának csökkentéséért és nem kedvezett a képviseleti elven működő helyi demokráciának sem. Alapvető problematikaként merült fel, hogy a magánszektor fogalmi rendszere nehezen értelmezhető a közszektorban, mivel a magánigazgatás és a közigazgatás teljesen eltérő közegben működnek, eltérő szabályok, elvek mentén.

3.2.3 Governance, azaz a kormányzás modelljei

Az elmúlt időszakban a szakirodalomban népszerű vált közmenedzsment irányzatok közül a kormányzás több szempontból való vizsgálata, de több esetben nem ugyanazt a tartalmat értik a fogalmak alatt. Az elméleti szakirodalom feldolgozása során kiemelt hangsúlyt fektetek ezen értelmezési tartományok vizsgálatára, valamint az állami szerepvállalás elemzésére.

A governance, vagyis a kormányzás fogalma a szakirodalomban rendkívül széles körben jelenik meg, ráadásul több esetben az egyes szerzők más-más tartalmat tulajdonítanak neki. Ebből az értelmezés halmazból én csupán párat emelek ki. Mindenekelőtt fontosnak tartom megjegyezni, hogy a governance fogalma nem újkeletű, első megjelenése a XIII.-XIV. századra tehető. Később kikerült a használatból és az elmúlt évtizedekben vált újra népszerűvé. Azonban ez idő alatt jelentése is „meglehetősen" megváltozott és teljesen eltávolodott a kormány (government) fogalmától és a korábbi jelentésével ellentétben az állam kormányzása helyett a különböző társadalmi aktorok főként önszabályzó tevékenységeire kezdték el használni (G. Fodor – Stumpf 2007). Ebben az értelemben a

governance fogalma az állami (kormányzati) és a nem állami szereplők együttműködésén alapuló összehangolt, kollektív cselekvés, amely közös javak előteremtésére irányul és egységes célok mentén történik. A governance megjelenésével kapcsolatban nem szabad azt elfelejteni, hogy különböző folyamatok, változások megjelenése – úgy mint a privatizáció, a kiszervezések, a PPP konstrukciók – mind-mind az üzleti szféra szereplőit hozták helyzetbe. Mindez történt azáltal, hogy meghatározó szerepet kaptak a közfeladatok ellátásában, továbbá az ügynökségek feletti állami ellenőrzés meggyengült és e jelenségek alapjaiban is „jó talajt" biztosítottak a governance modell elterjedésének (Juhász 2011). Gajduschek (2009) szerint a fogalom egy olyan helyzetre utal, ahol a döntéseket több szereplő együttesen, egy hálózaton (network) belül hozza meg, tehát itt már a hálózat fogalma is megjelenik. Rhodes (1997) viszont megjegyzi, hogy a fogalom használata nagyon népszerű, de egyáltalán nem pontos, ugyanis legalább hat értelemben hivatkoznak rá, így többek között a minimális állammal, a vállalati kormányzással, a new public management-tel vagy az önszerveződő hálózatokkal kapcsolatban. Ő az utóbbi fogalmat kiemelve a kormányzást „önszerveződő, szervezetek közötti hálózatként" definiálja. Salamon (2002) szerint a government helyetti governance fogalom használata az együttműködéses jelleget hangsúlyozza, mivel a „köz" összetetté vált problémáit csak további szereplő bevonásával tudja megoldani, ugyanezt a nézetet vallja Klijn és Koppenjan (2013) is. A nemzetközi szakirodalomban több szerző egyetért azzal, hogy a governance fogalma egy holisztikus és többdimenziós modellre utal és továbbá gyakran a homályos jelzővel is illetik (Potůček 2008). Egyes szerzők szerint a kormányzás eszközeinek alkalmazásával a közszektor innovációs kapacitásait lehet ösztözni és éppen ezért nem egy alternatív modellként kell tekinteni rá, hanem kiegészítő jelleggel alkalmazni a közszférában (Sørensen 2012).

A fogalom szoros kapcsolódása figyelhető meg több tudományterülettel, így például a közpolitika-elmélettel, a politikatudománnyal, a szervezés- és vezetéselmélettel vagy éppen a politikaelmélettel és nyilván így az egyes értelmezések is eltérnek egymástól (Gajduschek 2009). A kutatási témám szempontjából a politikaelméleti értelmezés a legfontosabb, mely szerint a governance elmélete több ponton támadja a klasszikus államfelfogást, ezáltal a köz- és a magánszféra éles elhatárolását, a hatalmi ágak megosztását, tehát a weberi állam egyes elemeit. A politikai rendszer egészének szintjéről kérdéses, hogy a hálózatok megjelenése miként befolyásolja demokratikus működést. Nyilvánvaló ugyanis, hogy a döntés kicsúszik a választott képviselők kezéből és gyakorlatilag olyan szereplők válhatnak dominánssá, akiknek a legitimációjuk problémás, hiszen a közösség egészéhez nem köthető, általa nem kontrollált folyamat révén kerültek a hálózatba. Felvetődik egyúttal, vajon a kormányzás e formája

demokratikusan működik-e (Gajduschek 2009). Az idézett szerző e kérdésre is keresi a választ tanulmányában a témában megjelent szakirodalom összevetésével. Szintén a demokrácia és a hálózatos kormányzás összefüggéseit elemzi Klijn és Skelcher (2007) is. A governance hálózatainak demokrácia ellen ható jellemzői között meg kell említeni, hogy a hálózat tagjai saját érdekeiket tartják szem előtt és nem pedig a köz egészének érdekeit fogják szolgálni, ezáltal a saját előnyeik maximalizálására törekszenek és a költségeket pedig megpróbálják a hálózaton kívüli szereplőkre terhelni. A hálózatba nem minden érintett szereplőt vonnak be, általában a szűkösebb erőforrásokkal vagy gyengébb érdekérvényesítő képességgel rendelkezők kívül maradnak. Egyes hálózati szereplők dominálhatják a folyamatokat, bár ezt éppen a hálózatos forma takarja el (Gajduschek 2009). Egy külső szereplő számára nem átlátható a hálózat és a döntéshozatali folyamatok sem, hiányoznak a nyilvánosság formái, a felelősségek széttagolódnak, így a felelősségre vonhatóság és elszámoltathatóság elvei is kevésbé érvényesülnek és ezáltal demokratikus deficitet testesítenek meg. Mindezekhez még további problémák is hozzáadódnak, így például a döntések lassú születése, a hálózat nehéz irányíthatósága, valamint a működését megbénítható kezelhetetlen konfliktusok tömege. De a kormányzás demokratikus működést erősítő jellemzőkkel is bír főként azáltal, hogy jelentősen növeli a részt vevő állampolgárok számát a közösségi döntésekben és a ténylegesen érdekelteket vonja be. A konfliktusokat szabályozott keretek közé helyezi, ezáltal szükségessé teszi egyúttal a kölcsönös meghallgatás, megértés, elfogadás intézményét. Az érintettek körében erősödhet a döntések elfogadottsága és így a hálózat legitimitása is. Stoker (2006) szerint a hálózatos kormányzás kulcseleme éppen az eredményes kapcsolatépítés.

Nagyon lényeges kérdés, hogy kik vesznek részt a hálózatos kormányzásban, milyen szerep hárul az államra. A modell lényege, hogy a magánszféra aktív szereplői kerülnek be a döntéshozatali folyamatokba. Azonban a magánszféra szereplői közül nem mindegy, hogy kik válnak a hálózati folyamatok alakítóivá. Hiszen ha a piaci szféra szereplőire gondolunk, akkor ők egyértelműen a piac logikája alá tartoznak, ami azt jelenti, hogy önös érdekeiket követik és saját hasznuk maximalizálására törekszenek. A civil szerveződéseknél pedig azt nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ezek a csoportok gyakran egy-egy érték köré szerveződnek és egy kisebb vagy nagyobb társadalmi csoport érdekeit képviselik, nem pedig a saját, önös érdekeiket. Megállapítható, hogy az üzleti szféra bevonása bizony sok kérdőjellel jár, ugyanis ha egy hálózatban a vállalkozások kerülnek túlsúlyba, kétségessé válhat a közérdek érvényesítésére irányuló igény. Akkor nem jelenthet ez problémát, ha a hálózat az üzleti érdekeket korlátozni, illetve ellensúlyozni tudja, azonban ez nem olyan egyszerű, hiszen a hálózatok dominálhatók, amennyiben valamely szereplő az erőforrások nagy részével

rendelkezik. A hálózatban résztvevők a legkülönbözőbb erőforrásokkal rendelkezhetnek, így például az állami autoritással, jogalkotással, jogi szankciók alkalmazásának lehetőségével, pénzzel, sajátos természetbeni javakkal, vagy éppen szakértelemmel, társadalmi támogatottsággal. Az erőforrások fajtája attól függ, hogy az adott résztvevő a közszférához, az üzleti szférához, vagy a civil szférához tartozik. Azonban nem csak bizonyos erőforrások birtoklásával, hanem megfelelő stratégia követésével is jobb helyzetbe kerülhetnek a résztvevők. Az eddigiekkel ellentétben olyan vélemények is megjelennek a szakirodalomban, hogy egyik hálózati szereplő sem rendelkezik tudással és információval, hogy komplex, szerteágazó társadalmi kihívásokat megoldjon, illetve egyik szereplő sem rendelkezik elég potenciállal ahhoz, hogy egyoldalúan domináns szereplővé váljon (Kooiman 2003). A hálózaton belüli folyamatokat itt is normák szabályozzák, melyek nagy része a hálózaton belüli folyamatokban, interakciókban alakul ki és ezek a szabályok is befolyásolhatják a szereplők pozícióját.

A governance legérdekesebb kérdése, hogy miként változik az állam szerepe. Az állam a hálózatnak szereplője, azonban nem a megszokott hierarchikus viszonyban. A governance keretében az állami tevékenység gyakorlatilag kiegészül az üzleti szféra, a területi és funkcionális intézmények, valamint az állami és piaci szereplők nyitott, hálózatosodott kapcsolatrendszerével (G. Fodor – Stumpf 2007), ami a gyakorlatban egyfajta PPP együttműködés formájában jelenik meg. Ez az együttműködés magába foglalhatja a nem állami szereplők intézményes döntéshozatalban való részvételét, állami feladatok és hatáskörök átengedését, illetve magánosítását, vagy szabályozási jogkörök átruházását. Mindezek mellett a legtöbb szerző az államtól azt várja el, hogy a hálózatos együttműködésekben a közérdeket képviselje, azonban hatalmi szóval nem lehet jelen, hiszen akkor már nem is beszélhetnénk hálózatról. Az állam kezében lévő eszközök is csupán „jelképesek" a korábbi hatásköreihez képest. Szerepvállalása gyakran a hálózaton belüli konfliktuskezelésben, mediációban nyilvánul meg és ezáltal a hálózatot fenntartó szerepe is lehet. Továbbá befolyásolhatja a többi szereplőt is helyes, követendő viselkedésminták vagy legjobb gyakorlatok alkalmazásával. A szabályokat illetően, nem hátrányos, ha hálózatok működésének általános kereteit az állam határozza meg, azonban a szabályok kikényszerítése érdekében nem avatkozik be a többi szereplő dolgába. A hálózatban résztvevők között kölcsönös függőség és folyamatos interakció van, nemcsak az egymáshoz való viszonyukat, hanem a szabályokat is állandóan újraértelmezik. Szintén számos kérdést vet fel a hálózatos kormányzás keretein belül az elszámoltathatóság tárgyköre is (Almquist 2012).

A kormányzás fogalmát gyakran használják a „jó" jelzővel, ami nem feltétlenül a kormányzás egy típusát jelöli, hanem sokkal inkább politológiai szemszögből közelíti meg a

fogalmat. A kormányzás nem csak attól „jó” közjogi értelemben, hogy legitim, vagyis a mandátumát a választópolgároktól kapta, hanem azért is, mert a kormányzás tartalmi helyessége révén legitim és a politikai közösség tagjai is aktívan részt vesznek benne, de mindezt ki kell azzal egészíteni, hogy a civil szféra alanyai a kormányzati szereplőkkel együtt határozzák és valósítják meg a közjót (Frivaldszky 2010). Maga a good governance fogalom megjelenése a Világbankhoz köthető a nyolcvanas évek végétől, arra a jelenségre kezdte el használni a fejlődő országokban, ami gyakorlatilag ott nem létezett. Egy másik szemlélet szerint az a forma, ahogyan egy kormány a gazdasági és szociális erőforrásait egy országban kezeli (Boda 2006). A jó kormányzás egy neoliberális koncepció és az állam tekintetében csupán egy „szűk” éjjeliőr állam szerepet feltételez és egyúttal utat nyit magánszervezetek, vállalatok előtt. Továbbá hangsúlyozza a joguralom, az elszámoltathatóság szerepét, valamint kiemeli a korrupció visszaszorítására tett intézkedéseket. Boda Zsolt (2006) összegzi a témát érintő szakirodalom főbb megállapításait, mely szerint a jó kormányzás elősegíti a gazdasági növekedést és a társadalmi fejlődést, azonban ez megfordítva már nem igaz, ugyanis a gazdasági növekedés, a jövedelmek emelkedése nem jelenti automatikusan a kormányzás minőségének javulását. Az ENSZ e kulcsfogalmakat további fontos jellemzőkkel egészítette ki, melyek a részvétel, konszenzus-orientáltság, hatásosság és hatékonyság, fogékonyság és méltányosság fogalmakban jelennek meg (ENSZ Fejlesztési Programja). A koncepció értelmezésében nem elég csupán a kulcsfogalmakra koncentrálni, hanem egyúttal be kell vonni az érdekelteket a döntésekbe, új kommunikációs fórumokat kell létrehozni, ki kell alakítani a magánszféra önszabályzó intézményeit, biztosítani kell a verseny tisztaságát, illetve a független sajtót meg kell erősíteni. G. Fodor és Stumpf (2008) a jó kormányzás tartalmi elemeinek megismeréséhez, megértéséhez a rossz kormányzás jellemzőit tárta fel. Ezek alapján a rossz kormányzás esetében a kormányzás tartalmi kérdései háttérbe szorulnak és a hangsúly a hatalomgyakorlás feltételeinek megteremtésére és megőrzésére helyeződik át. Rossz kormányzás során a hatalmat gyakorlók tudatosan aláássák az államot és lezüllesztik, hiszen így tud a magánérdek a közérdek rovására érvényesülni. De nemcsak az államot, hanem a civil társadalmat is elgyengítik. Hiányzik a politikai konszenzus, a szakpolitikai racionalitást a pártpolitikai logika korlátok közé szorítja, a fiskális kényszer eluralkodik. A rossz kormányzati teljesítmény forrása nem magyarázható csakis külső okokkal, hanem magában a kormányzásban keresendő, mely rövid távú egyéni vagy pártpolitikai érdekeket követ. A rossz kormányzás következtében tehetetlen, túlterjeszkedő és korrupt állam alakul ki, mely joggal váltja ki az állampolgárok bizalmatlanságát, ráadásul nincs olyan hatalmi szereplő, akit el lehetne számoltatni a közjóért viselt felelősségében. A jó kormányzás paradigmáját a következő jellemzőkkel írják körbe (G. Fodor – Stumpf 2007):

- a korábbi, domináns pozíciójú állam helyére a társadalmi önszabályozás és a szereplők együttműködése lép,
- az állam megszűnik kizárólagos szereplő lenni, feladata maximum a jó kormányzás feltételeinek megteremtése,
- kiemelt feladat a közügyek és a magánszféra közötti érintkezés megteremtése horizontális struktúrák kiépítésével,
- meghatározóvá válnak a tárgyalási és a konszenzuskeresési mechanizmusok, ami egyúttal azt is jelenti, hogy le kell értékelni és ki kell iktatni a végző döntéshozót, vagyis az államot,
- teret kell nyitni a magánszervezetek társadalmi koordinációs funkciójának,
- a végső kontroll szerepét a társadalmi nyilvánosság tölti be.

Az előbbi felsorolás mindenképpen kiegészítendő azzal, hogy a jó kormányzás és az új közmenedzsment kiindulási alapja nagyon hasonló, vagyis a menedzsertechnikák és üzleti elvek átvitele a privátszektorból a közszférába, ahol mind az államot, mind a gazdaságot neoliberális szellemben értelmezzük (G. Fodor – Stumpf 2008).

Azonban a neoliberális felfogású, az állammal szemben a piac dominanciáját hirdető good governance paradigmával szemben az imént idézett szerzők az államközpontú, hagyományosnak tekintett good government paradigma előfeltevéseit tartják kívánatosabbnak, mely felfogás szerint a kormányzás problémamegoldás és a meghatározó szereplője az állam. A probléma megoldásának eszköze a demokratikus reform, mely új társadalmi szerződés, nyugdíjreform, workfare, family policy és a demokratikus integráció politikája révén valósulhat meg. A jó kormány innovatív és szenzitív, nemcsak a jó kormányzás feltételeinek megteremtése a feladata, hanem a jó kormányzás feladatait is magára vállalja. A kormányzás értelme tehát a közjó elősegítésében áll, mindez persze elképzelhetetlen az aktív, intelligens és erős állam nélkül. A kormányzás igényét összekapcsolja a demokrácia normatív tartalmával, vagyis ennek értelmében szükség van arra, hogy egy olyan szereplő, mely biztosítja mindenki számára a megélhetést, mindezért felelősséget vállal és így felelősségre vonhatóvá, elszámoltathatóvá válik. A neoliberális good governance ilyen szereplőt nem tud felmutatni, sőt a piac mechanizmusai nem tudják mindenki számára biztosítani jólétet és a méltányosságot sem, így az államnak kell, hogy szerepe legyen e folyamatok kiigazításában feladatainak folyamatos újragondolásával.

Hajnal György és Pál Gábor (2013) egy tanulmány keretében kritikusan elemzi a magyar szerzők tollából származó, a fogalommal kapcsolatos művek tartalmi elemeit. Véleményük szerint a governance és a good governance fogalmát a nemzetközi

akadémikusok többségétől eltérően egy meglepően homogén és megegyezésen alapuló módon értelmezik.

3.2.4 Neo-Weberian State, avagy a neoweberi állammodell

A szakirodalomban a neoweberi megközelítések sokszor nagyon is eltérnek egymástól, sőt egyes esetekben teljesen ellentmondásos tartalmat közvetítenek, hiszen egyesek a good governance paradigmájával kötik össze, míg mások az állam és a kormányzás neomarxista megközelítését fedezik fel benne (G. Fodor – Stumpf 2008). A neoweberi állam gyakorlatilag az új közmenedzsment torzulásaira ad választ. A közmenedzsment reformok szakirodalmába Christopher Pollitt és Geert Bouckaert vezette be a fogalmat 2004-ben, azonban a politikatudomány, a szociológia és az igazgatástudomány már az 1960-as és 1970-es években is használta különböző jelentéstartalmakkal, de a leggyakrabban a fogalom definiálása nélkül olyan elemzésekre utalt, melyek a weberi modell variánsait és Weber összehasonlító elemzési módszereit alkalmazzák (Lynn 2008). Összességében elmondható a fogalomról, hogy elsősorban az állami szerepvállalással kötik össze, főként olyan relációban, hogy az állam foglalja el központi helyet. Meg kell azonban jegyezni, hogy a neoweberi állam nem a klasszikus weberi modellhez való visszatérést jelenti, hiszen az nem lehetséges, mert gyökeresen megváltoztak a körülmények, sokkal inkább korrigálni kívánja az új közmenedzsment hibáit, azzal együtt, hogy a jó elemeit átveszi és beépíti a saját modelljébe, mellyel számos szakirodalmi forrás foglalkozik – többek között a balkáni országok viszonylatában (Matei – Flogaitis 2011). Úgy is fogalmazhatnánk, hogy ötvözi a két modellt, ami azonban nem azt jelenti, hogy a két modell keverékéből kapjuk meg a neoweberi modellt, hanem azt jelenti, hogy csak azokat az új közmenedzsmentre jellemző jegyeket veszi át, melyek működőképesek a weberi kereteken belül. Egyes szerzők szerint azonban bizonyos mértékig szemben áll az új közmenedzsmenttel (Mazur – Kopycinski 2017). A neoweberi modell lényege úgy is megfogalmazható, hogy a társadalmon belül az állam továbbra is egy erős és irányító „jelenség" marad, tehát a modellt követő országokban nem a minimális állam a cél. Haldor (2017) és szerzőtársai szerint az államokat célszerű az alapján jellemezni, hogy a weberiánizmus milyen szinten van jelen az adott országban. Az államot alapvetően nem a gazdaság és a társadalom korlátjának tekintik, hanem éppen az állam a garancia az erős gazdasághoz és az összetartó társadalomhoz. A megváltozott körülmények között az állam is folyamatosan modernizálódik, professzionalizálódik és keresi a lehetőségeket a hatékonyság javítására, azonban a neoweberi állam esetében e folyamatokhoz nem társul az a nézet, hogy a hatékonyság és a szakmaiság elérése kizárólag a magánszektor útját járva, annak eszközeit alkalmazva lehetséges (Pollit 2008). Lehetséges, hogy egyes helyzetekben a magánszektor

által használatos módszert alkalmaznak, de ez nem automatikus és ezen eszközök, módszerek nem élveznek elsőbbséget a többivel szemben. Dunn és Miller (2007) szerint néhány kulcsfontosságú kérdésben megnyilvánuló különbözősége ellenére az új közmenedzsment és a neoweberi állam hasonlóságokat mutat a paradigmatikus jellegük, a kétértelműségük, a belső ellentmondások tekintetében, továbbá mindkét modell képtelen túllépni az instrumentális racionalitáson. De milyen jegyekkel is bír a neoweberi állam? A kérdésre Pollitt és Boukaert által megfogalmazott megközelítést hívom segítségül (in: Lynn 2008). A neoweberi modell „neo" jelzője a következőkre utal:

- Elmozdulás a bürokratikus szabályoktól egy polgárbarát és szolgáltatásorientált modell felé, ami nem a piaci mechanizmusok alkalmazásával valósul meg, hanem egy szakmai kultúra kialakításával, ahol fontos szerepet tölt be a minőség és a szolgáltatás.
- A képviseleti demokrácia kiegészítése és nem felváltása különböző konzultációs eszközökkel és a polgárok közvetlen képviseletével.
- A kormányzati erőforrásokkal való gazdálkodásban megjelenik a nagyobb hatékonyság iránti igény, elmozdulás jellemző az ex ante kontrolltól az ex post kontroll felé.
- A közszolgálat professzionalizációja, vagyis a bürokrata nem csak a tevékenységi területének egyszerű szakértőjévé válik, hanem a polgárok igényeinek kielégítésére orientálódott menedzser is egyben.

A modell weberi jellemzőit a következő sajátosságok alkotják:

- Az állam szerepének megerősítése.
- A képviseleti demokrácia megerősítése központi, regionális és helyi szinten.
- A közigazgatási jog megerősítése, az állam és polgárok viszonyára vonatkozó alapelvek, többek között a törvény előtti egyenlőség elvének megtartásával.
- A közszolgálat eszményének – a megkülönböztetett státusz, kultúra, feltételek – megőrzése.

Lényegében a neoweberi paradigma a bürokratikus kompetencia, az állam stabilitásának és ellenőrzésének szolgáltat elméleti alapot (Randma-Liiv 2008). G. Fodor és Stumpf a neoweberi megközelítés jellemzőit további elemekkel egészíti ki és részben összegzi (G. Fodor – Stumpf 2008):

- Az állam szerepének újragondolásáról van tehát szó, ami annak megerősítésében ölt testet. A neoweberiánusok ugyanis azt vallják, hogy az állam nem halott, nem cselekvésképtelen, hanem napjainkban talán még nagyobb szükség van rá, mint korábban.

- A bürokrácia újrafelfedezése.
- A normativitás helyreállítása. A kormányzásnak az alkotmányosságon és a jogrenden kell alapulnia, a normák betartását az államnak és a vezető politikai elitnek önmagán kell elkezdenie.
- A korrupció visszaszorítása.
- A szegénység csökkentése. A weberiánus közintézmények hatékony működése és az állam szegénységet mérséklő képessége között erős kapcsolat van.
- A demokrácia kiszélesítése. A civil szférát bevonja a közpolitikai döntések kidolgozásának folyamatába. Az aktív civil társadalom nem szükséges előfeltétele, hanem a következménye a neoweberi megközelítésnek.
- A partikularitások iránt megmutatkozó empátia, vagyis a neoweberi megközelítés megértőbb a földrajzi, kulturális, politikai különbségekkel szemben.

Jenei György (2008) továbbá kihangsúlyozza, hogy a neoweberi állam optimális megoldást kínálhat olyan esetben, amikor a weberi modellnek nem sikerült teljesen kiépülnie egy országban és az új közmenedzsment alkalmazásának kísérletei pedig torzulásokhoz vezettek, hiszen szintézist teremt a törvényesség és a menedzserializmus között. Magyarország számára is e modellben látja a kiutat.

Tiina Randma-Liiv (2008) a kelet-közép-európai, posztkommunista országokat vetette vizsgálat alá és elemezte a neoweberi állam kiépítésének lehetőségeit, felvázolva párhuzamosan a modell további jellemzőit és szembeállítva az új közmenedzsment által kínált rossz megoldásokkal. Az állam szerepvállalásának mértékét illetően a vizsgált országban látszólag nagyobb népszerűségnek örvend(ett) a new public management által kínált minimális államfilozófia az erős állammal szemben, melynek gyökerei egyértelműen a kommunista időkre vezethetők vissza. Azonban a minimális állam nem képes megteremteni a demokratikus fejlődésnek még csak a kiinduló alapját sem, nemhogy modern menedzsment rendszert működtessen. Mindenképpen szükség van a klasszikus hierarchikus közigazgatásra és megfelelő felelősségre vonási mechanizmusokra. Egy erős állam számos olyan belső és külső kihívással meg tud birkózni, melyekkel a kelet-közép-európai országok küzdenek, továbbá a fejlődés, előrelépés alapja is csak egy erős, hatékony állam, kormány lehet. Az állam leépítése mellett érvelő irányzatok dominanciája ezen országokban a fejlődést és a fenntarthatóságot fenyegetik. Míg a nyugati államokban az uralkodó trend a stabilitás és a közintézmények, struktúrák, elvek és értékek megkérdőjelezése, és az állandóságra, stabilitásra mint probléma tekintenek, addig a kelet-közép-európai országokban sokkal inkább stabilitásra van szükség az instabil politikai helyzet, az állandó változások és a befejezetlen

reformkísérletek közepette. A piacot előtérbe helyező irányzatok további jellemzője a dereguláció, ami azonban a mi térségünkben negatív hatásokkal jár(na), hiszen nem alakultak ki egyetemesen elfogadott elvek és értékek. Szabályok nélkül egy új közmenedzsment reform is életképtelen lenne, éppen ezért képviselhet jó irányt a neoweberi állam, mivel a közigazgatási jog megerősítésével megőrzi az alapelveket, alapvető értékeket. Fontos elem a privatizáció is, hiszen az a kelet-közép-európai országokban mind a közmenedzsment reformok következménye, mind a mozgató rugója is egyben. Egy gyenge állam nem igazán tudja kontrollálni és irányítani a piac aktívabb szerepvállalását az állami feladatok ellátása során a kiszervezési jogviszonyokban. Továbbá ezen országokban sok esetben a piac sem elég fejlett és gyakran monopol és oligopol helyzetben lévő szereplők uralják. Nemcsak a korábban tárgyalt rugalmasság, hanem a dereguláció és a decentralizáció is magas kompetenciákat és etikai sztenderdeket vár el a menedzserektől, amelyek gyakran hiányoznak a megvizsgált országokban. Az új közmenedzsment irányzat a decentralizáció révén gyakran ügynökségeket, autonóm szervezeteket hoz létre, mely által erősen széttöredezetté teszi a közigazgatás szervezetrendszerét is, ugyanis így valószínűbb, hogy mindegyik közigazgatási egység kialakítja a saját kultúráját, szokásait és ezáltal nemhogy egységet teremtenek, hanem sokszor riválisokká váltak. Az átalakulóban lévő országokban pedig különösen fontos a közigazgatási szervek egységessége. A neoweberi államban továbbá kiemelt elem a közszolgáltatások egységessége is. A közmenedzsment irányzatok soha nem értékmentesek, míg az új közmenedzsmentet a három „E”, vagyis economy (gazdaság), efficiency (hatékonyság) és effectiveness (hatásosság) jellemzi, addig a tradicionális modellben a három „C”, vagyis a code of ethics (etikai kódex), a culture (kultúra) és a conduct (igazgatás) a meghatározó. Számos demokratikus cél – átláthatóság, egyenlő esélyek, közszolgáltatásokhoz való hozzáférés, „fair” eljárások, lakossági részvétel – ellentétes és beleütközik olyan technokrata célokba mint a hatékonyság, mindez nehezen feloldható konfliktusokhoz vezet. A hagyományos elvek mellett meg kell erősíteni a képviseleti demokráciát is különböző konzultációs eszközök kialakításával, erősítve az állam legitimációját ezáltal. Tiina Randma-Liiv egyértelmű következtetéseket vont a kelet-közép-európai államok vizsgálatából, mely szerint a nyugati országok modelljei rossz receptet szolgáltatnak Kelet-Közép-Európának, ahol sokkal inkább a weberi modell egyes elemeire van szükség a továbblépéshez. Azonban nem a weberi modellhez kell visszanyúlni, mivel az e modellre jellemző elszigeteltség a mai világban már lehetetlen. Első feladat a neoweberi modell weberi elemeinek kiépítése, majd azután fokozatosan következhetnek a „neo” elemek.

Martin Potůček (2008) vizsgálatának a tárgyát pedig a governance és a neoweberi állam alkotta, mellyel kapcsolatban kiemelte, hogy a két megközelítés abban az esetben

egészíti ki egymást, ha a governance modellen belül az állam fontos szerepet kap. Bár mindez egy hálózatos modellben kevésbé fordulhat elő, hiszen annak a lényege abban áll, hogy a szereplők kölcsönönös függőségben vannak és egyik szereplő sem tud a másik fölé kerekedni, mindez teljesen ellentétes a közigazgatás hagyományos hierarchikus működésével. A teljesen megváltozott körülmények ellenére Martin Potůček azt hangsúlyozza, hogy a piac működéséhez, a gazdaságpolitikához, oktatáspolitikához, innovációhoz, kutatás és fejlesztéshez, a kis- és középvállalatokra szabott politikákhoz, versenypolitikákhoz mindenképpen szükség van az államra. Mindemellett egyre inkább megfigyelhető a közintézmények és a civil szféra együttműködése is, mely során információkat osztanak meg egymással, közös projekteket hajtanak végre.

3.3 A közszolgáltatások szervezésének változásai Magyarországon

A közszolgáltatások szervezésének tendenciáival szoros összefüggésben értelmezhetők és elemzések érdekes területét testesítik meg a közszolgáltatások szervezésében bekövetkezett változások. Az alábbi fejezetrészben a hangsúlyt egyértelműen az elmúlt időszakban Magyarországon lezajlott változásokra, azok hátterére, illetve történeti előzményeire szeretném helyezni. A közszolgáltatások szervezésének módszereire az elmúlt két és fél évtizedben egyértelműen a következő három tényező volt meghatározó befolyással: a rendszerváltás és a globális kapitalizmus, az Európai Unióhoz való csatlakozás, valamint a gazdasági és pénzügyi válság. Ha mindezt évszámokkal kívánjuk szemléltetni, akkor a meghatározó, „sorsdöntő” évek a közszolgáltatások szervezési tendenciáit illetően a következők voltak: 1989-1990, 2004 és 2007-2008.

3.3.1 Az 1989-1990 előtti időszak

A szocializmus időszakában jelentős változások következtek be a közszolgáltatások rendszerében is, ugyanis e rendszert is a diktatórikus és az állami tulajdonon alapuló rendszerhez igazították. Már az 1949-es alkotmány egy dekoncentrált, hierarchikus rendszert hozott létre azáltal, hogy a megyei, járási, városi, községi és városi kerületi tanácsot az államhatalom helyi szerveinek tekintette. A szociális közszolgáltatások területét pedig különösen érintették a változások az alábbiak tekintetében (Soós 2007). Egyrészt a szociális problémák kezelése kizárólagosan állami hatáskörbe került, másrészt egy paternalisztikus támogatási rendszert alakítottak ki, amelyben a szociálpolitikai juttatásokat nem szerzett jogként kezelték, hanem a jótékony állam adományaként. Harmadrészt, a szocialista államfilozófia szerint minden szociális probléma megoldódik a szocialista berendezkedés keretein belül, ezért nincs szükség önálló szociálpolitikai rendszerre sem. Megszüntetésre

került tehát a Népjóléti Minisztérium, a szociális problémák nagy részével a Társadalombiztosítás, illetve az Egészségügyi Minisztérium foglalkozott. Párhuzamosan csökkent a segélyezés szerepe is. Negyedrészt, a nem állami szociális szolgáltatások szinte teljesen megszűntek annak következtében, hogy az egyházak és a civilek működését jelentősen korlátozták. A rendszer működése egy idő után fenntarthatatlanná vált, így az 1968-as új gazdasági mechanizmus, mint reformcsomag fontos eleme volt a közszolgáltatási rendszer átalakítása is, amelynek alapját az 1971-ben elfogadott Országos Településhálózat-fejlesztési Koncepció elfogadása jelentette. A koncepció ugyanis különféle funkciókkal ruházta fel a különböző méretű településeket. Több mint 2000 (központi szerepkör nélküli) település semmilyen funkciót nem kapott, jelentős számú települést vontak össze és hoztak létre közös tanácsokat, és/vagy vontak össze intézményeket – a lakosság akarata ellenére. 1971-ben a közigazgatási rendszer is átalakuláson ment keresztül, a járási tanácsokat ugyanis járási hivatalokká alakították át. Az 1971-es harmadik tanácstörvény az akkori viszonyokhoz mérve már „merészen" közelítette meg a tanácsok mibenlétét, megemlítve azok önkormányzati jellegét. Meghatározó szerepet kaptak a megyei tanácsok, és később, az 1980-as évektől a települési tanácsok is nagyobb mozgástérben találhatták magukat. 1984-ben megszüntették a járási rendszert és 139 városkörnyéket alakítottak ki. Valamennyi körzeti igazgatási és közszolgáltatás szervezési feladat – csupán átmenetileg – de a városi tanácsok hatáskörébe került 1987-ig, amikor is elkezdődött a városkörnyéki igazgatási rendszer megszüntetése. Összegezve tehát, a rendszerváltást megelőző évtizedekben az államfilozófia jellegéből adódóan a közszolgáltatások megszervezésében egyértelműen az állam szerepvállalása volt a meghatározó, de az 1970-es évektől a centralizáltság mindenhatósága mellett fokozatosan megjelentek olyan közszolgáltatás szervezési megoldások, melyek már a decentralizáltság halvány jeleit tudták felmutatni. A rendszerváltást megelőzően a területi és helyi önkormányzati feladat- és hatáskörök tekintetében is egy fokozatos növekedés volt megfigyelhető (Szigeti 2013), amivel párhuzamosan egy hangsúlyosan liberális államfelfogás hódított teret Magyarországon.

3.3.2 Az 1990 – 2008 közötti időszak

A rendszerváltást követő két évtized magyar fejlődési útja nem tér el a szomszédos, kelet-közép-európai országok modelljeitől, sőt kísérteties hasonlóságok is megfigyelhetők, melyek teljes mértékben áthatották a folyamatokat: egyrészt a korábbi, rendszerváltást megelőző időszak államszervezési technikáinak teljes elutasítása, másrészt az európai uniós csatlakozásból feltételezett elvárásokhoz való igazodás, valamint az ezeket megtestesítő liberális államszervezés (Kökényesi 2013). Mindezek mellett érzékelhető volt egyfajta

mintakövetés is, mely a nyugati fejlődési modell iránti teljes elkötelezettséget is jelentett egyúttal. A politikai cél egyértelműen a központi hatalom ellensúlyának, vagyis a területi és helyi önkormányzati rendszernek a kiépítése volt és ezzel a korábbi, szocialista típusú, monolitikus államhatalom elutasítása. Szétválasztották az államigazgatási és önkormányzati feladat- és hatásköröket, ennek szellemében jöttek létre a kormánynak alárendelt, dekoncentrált területi államigazgatási szervek. A megyékben és a településeken pedig döntően a helyi közszolgáltatások szervezésére rendezkedtek be. A közigazgatási rendszerben megjelenő új elemek mellett a különböző folyamatokat kézben tartani képes ellenőrző hatalom nem épült ki.

A közigazgatás liberalizálása mellett megállíthatatlanul zajlott a gazdasági liberalizáció, megindult a tőkés piacgazdaság kiépülése, felváltva a korábbi szövetkezeti és állami tulajdonon alapuló gazdasági rendszert. A lezajló folyamatokhoz azonban hiányzott a belső tőke, így külföldi befektetések érkeztek az országba ellensúlyozva a hiányt és elindítva a spontán, később irányított részleges-teljes privatizációt. A gazdaságszervezés szemszögéből gyakorlatilag egy eszközeitől megfosztott, gyenge állam jött létre.

A versenygazdaság megjelenése óriási hatással volt a közfeladatok ellátására. Az 1990-es évek piaci eufóriájában a helyi anyagi közszolgáltatások szervezésében is a piaci módszerek alkalmazása vált meghatározóvá, a hagyományos szolgáltató rendszerek helyébe piaci típusú vállalkozások léptek.[2] A kommunális és közüzemi közszolgáltatások tekintetében a feladatellátás kiszervezése gyakorlatilag általánossá vált. Mindez azt is jelentette, hogy ezek a vállalkozások kevésbé voltak érdekeltek az általuk nyújtott közszolgáltatások minőségének fejlesztésében, nem volt céljuk az árak csökkentése és a társadalmi közjó növelése sem (Kökényesi 2013). A hagyományos közszektor több szegmense is nyitott volt a piaci verseny irányába. A szerveződési elv egyértelműen egy menedzserszemléletet tükrözött, a versenyszféra és más közösségi szereplők megbízásával és versenyhelyzet megteremtésével. A közigazgatásban lezajló folyamatok és egyúttal a gazdasági rendszerváltást is elősegítő elméleti keretet az új közmenedzsment (New Public Management) szolgáltatta. Célja sokkal inkább egy vállalathoz hasonlítható, nem pedig hatósági jellegű közigazgatás kiépítése volt. A bemutatott jelenség nem tekinthető újdonságnak Európában. A szakirodalom szerint valójában már az 1970-es évek óta zajlik a piaci és közszektor hagyományos értékeire épülő megoldások új egyensúlyának keresése, melynek keretében az 1980-as évek végéig az államháztartási kiadások növekedése miatt az üzleti szférában bevált értékek és módszerek átvétele volt jellemző, míg az 1990-es években az új közmenedzsment hatásai váltak

[2] Jellemzően az anyagi közszolgáltatások terén volt meghatározó a piaci típusú vállalkozások jelenléte.

erőteljessé (Péteri 2013). Mindez Magyarországon és egész Kelet-Közép-Európában némi késéssel jelent meg. Az 1970-es évektől kezdve párhuzamosan egy másik folyamat is megfigyelhető volt a világban mindenhol[3], mégpedig a közfeladatok változása. Egyrészt jelentősen bővültek a közösségi feladatok és egyre növekedett a szociális és egészségügyi kiadások súlya, másrészt a korábban monopolhelyzetet élvező állami, önkormányzati szolgáltatók szerepe csökkent. Az uralkodó európai tendenciák mellett azonban azt sem szabad azért elfelejteni, hogy Magyarországon a politikai rendszerváltást követő időszakban jelentős méreteket öltött a gazdasági visszaesés, és a jelentkező piaci elégtelenségek a közszolgáltatások területét is súlyosan érintették. Ennek okát Horváth M. Tamás (2013b) abban vélte felfedezni, hogy a korábban egyoldalúan államosított ágazatokban - ahol sok esetben egyébként is a kiüresedett, felkészületlen környezet volt meghatározó - a változások során egy „mechanikus államtalanítást" hajtottak végre, ami már önmagában újabb piaci kurdarcokat hordozott magában.

A korábban állami monopóliumként működő, országos hálózattal rendelkező szolgáltatásokat (vasúti közlekedés, posta, hírközlés, műsorszórás, energiaellátás) az 1990-es évek derekán liberális szolgáltatásokká alakították és privatizálták. Az egészségügyi, szociális és közoktatási feladatok az ellátási szinteknek megfeleltetve döntően állami, megyei és települési önkormányzati felelősségi rendszerbe kerültek. A középfokú humán szolgáltatások, így a középfokú oktatás, a kórházak, a szociális intézmények alapszabályként a megyei önkormányzatnál csoportosultak. Az alapfokú humán közszolgáltatások ellátása pedig a településekre hárult. A közművelődés szintén a települési önkormányzatoknál landolt, úgy mint a kommunális és közüzemi szolgáltatások, mely utóbbiak tovább mozogtak a korábban már említett kiszervezések révén.

A decentralizáció elvének érvényesítésével a korábbinál jóval nagyobb önállósággal működő, több feladatot ellátó, választott önkormányzatok helyi közszolgáltatás-nyújtási módszerei is alapjaiban változtak meg. A kiszélesedett helyi önkormányzati szerepkört jól mutatják az 1990-ben elfogadott helyi önkormányzatokról szóló törvény[4] (a továbbiakban: Ötv.) rendelkezései. A helyi önkormányzat – község, város, főváros és kerületei, megye – a feladatkörébe tartozó helyi érdekű közügyben önállóan járhatott el, így a lakosság közszolgáltatásokkal való ellátásában is. A települési önkormányzat feladatait a helyi közszolgáltatások körében felsorolta a jogszabály[5], melyek tekintetében a települési

[3] Magyarországon ez is késéssel, jóformán az elmúlt két évtizedben jelent meg.
[4] 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
[5] A helyi közszolgáltatások körébe tartozik a településfejlesztés, a településrendezés, az épített és természeti környezet védelme, a lakásgazdálkodás, a vízrendezés és a csapadékvíz elvezetés, a csatornázás, a köztemető

önkormányzat maga határozhatta meg, hogy a lakosság igényei alapján, az anyagi lehetőségeitől függően, mely feladatokat, milyen mértékben és módon lát el. Továbbá a törvény kötelezheti a települési önkormányzatokat, hogy egyes közszolgáltatásokról és közhatalmi helyi feladatok ellátásáról gondoskodnia kell, de mindez függött a település nagyságától, lakosság számától és egyéb feltételektől. A törvény külön bekezdésben megjelölte, hogy a települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészséges ivóvízellátásról, az alapfokú oktatásról, az egészségügyi és a szociális alapellátásról, a közvilágításról, a helyi közutak és a köztemető fenntartásáról; köteles biztosítani a nemzeti és az etnikai kisebbségek jogainak érvényesülését. A helyi önkormányzati szerepkör kiszélesedését jelentette az is, hogy a képviselőtestület a feladatkörébe tartozó közszolgáltatások ellátására önkormányzati intézményt, vállalatot és más szervezetet alapíthat. Az Ötv. a megyei önkormányzat feladat- és hatáskörével is foglalkozott. A megyei önkormányzat olyan törvényben előírt feladatok ellátására köteles, melyek megoldására települési önkormányzat nem kötelezhető, így például kötelező megyei feladat lehet a megye egész területére vagy nagy részére kiterjedő körzeti jellegű közszolgáltatás. A gyakorlatban mindez lényegében csak a megyei közszolgáltató intézmények fenntartását jelentette (Szigeti 2013). A korábbi tendenciával ellentétben most a legyengített megye helyett a települési szint vált a meghatározó szereplővé.

Ahogy korábban már említésre került, az Európai Unióhoz való csatlakozási előkészületek szintén mélységeiben meghatározták a közfeladat-ellátás liberális megközelítésű szervezési tendenciát. Azonban a csatlakozást követően mindenképpen meg kell jegyezni, hogy az uniós jog a közszolgáltatások tagállami szintű szervezése, nyújtása, finanszírozása tekintetében csupán egy szabályozási keretet szab, feladata inkább csak abban merül ki, hogy koherens módon rögzíti az uniós korlátokat és elvárásokat. A tagállami közszolgáltatások terén is relevánsak az alapvető uniós értékek, úgy mint a belső piac alapszabadságai, a különböző versenyszabályok, vagy éppen az állami támogatások szabályai. Azt is meg kell jegyezni, hogy az uniós alapszerződések nem tekintik sem az állami, sem a piaci szereplőt magasabb értékűnek, hanem a közszolgáltatási értékek védelme és a piaci verseny között kívánják az egyensúlyt fenntartani – fejti ki Varju Márton (2013).

---

fenntartása, a helyi közutak és közterületek fenntartása, helyi tömegközlekedés, a településtisztaság biztosítása; gondoskodás a helyi tűzvédelemről, közbiztonság helyi feladatairól; közreműködés a helyi energiaszolgáltatásban, a foglalkoztatás megoldásában; az óvodáról, az alapfokú nevelésről, oktatásról, az egészségügyi, a szociális ellátásról való gondoskodás; a közösségi tér biztosítása; közművelődési, tudományos, művészeti tevékenység, sport támogatása; a nemzeti és etnikai kisebbségek jogai érvényesítésének a biztosítása; az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése.

3.3.3 Újabb fordulópont, a 2008-as év

A 2007-2008-ban kirobbant ingatlanhitelezési és bankválságból kialakuló pénzügyi- és gazdasági világválság új helyzetet teremtett és új válaszokat eredményezett a közszolgáltatások szervezése tekintetében is. A kelet-közép-európai államok egy része, köztük Magyarország is az erős nemzetállam képében vélte látni a kiutat, és elkezdődött az állami feladatok és eszközök alkalmazásának új korszaka. Itt meg kell említenünk Péteri Gábor (2013) meglátását, mely szerint a magyarországi változások csak látszólag és csak részben a gazdasági visszaesésből kifolyólag indultak el. Való igaz, hogy a centralizációt támogató politikai és jogszabályi környezet ekkor vált dominánssá, azonban a piac szolgáltatás-szervezési megoldásaival szembeni erősödő kritikák már egy hosszabb ideje érezhetők voltak.

A változások legfőbb jellemzője az államhatalom koncentrációja, a közigazgatás további centralizációja egy erős állam kiépítése érdekében, mindez együtt járt a korábbi liberális államszervezet totális lebontásának szándékával. A sajátos fejlődési út egy alapvető átrendeződést indított el a közigazgatás feladat- és szervezetrendszerét illetően. Újraértékelték az állam és a versenygazdaság viszonyát, aminek eredményeképpen az államigazgatás gazdasági szerepvállalását is megerősítették, melynek keretében megfigyelhető volt a korábbi kiszervezések „átfordítása", vagyis a korábban nem állami szereplőknek kiszervezett feladatok visszavétele az állami feladatkörbe[6] (Horváth M. 2013a). A neo-weberi modell irányába való haladás, az ahhoz kapcsolódó átalakulás fontos jellemzője, hogy átfogó célt tűzött ki maga elé: egyszerre érinti a hatalmi-közjogi szerkezetet és a közpolitikák tartalmát, illetve a szervezeti és funkcionális rendjét, továbbá a korábbitól jelentősen eltérő irányokat testesít meg (Finta 2013). Ráadásul a civil törvény[7] változásai sem erősítették (nem véletlenül) a társadalmi szervezetek szerepét a közfeladatok ellátásában, illetve a finanszírozási szabályok sem segítették elő az alternatív feladatellátási formák elterjedését.

Az 1990-ben kialakult széles felelősségi körű önkormányzati rendszer és a feladatok katalógusa 2011-ig lényegében nem változott[8]. Korábbi kiszervezési kísérletek szereplőire való határozott szabályozási válaszok mellett, a közigazgatáson belül a központi szerep erősödése a jellemző az önkormányzati szerephez képest. A közüzemi szféra jelentős átalakulásokon megy keresztül, gyakorlatilag az energia, a víz, a közcsatorna-ellátás, a hulladék- és településgazdálkodás, a közútfenntartás és a helyi tömegközlekedési feladatok

[6] A visszaszervezést sok esetben ténylegesen a szervezeti racionalitás indokolta, amely a belső működés összehangolásának előnyeit igyekezett maximálisan kihasználni.
[7] 2011. évi CLXXV. törvény az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról
[8] Horváth M. Tamás itt fontosnak tartotta megjegyezni, hogy a szűkebb feladatlista az önkormányzat oldalán nincs összefüggésben a rendszer demokráciájának minőségével.

tekintetében az állami szerepvállalás válik meghatározóvá. Egyes helyi közszolgáltatások szervezése terén tehát felerősödik a kormányzati befolyás lehetősége, és visszaszorul a magán és vegyesvállalkozások szerepe. A humán szolgáltatások szegmensét szintén nagy változások érik, a nagy ellátórendszerekhez kapcsolódó, kötelező önkormányzati feladatok köre látványosan csökken. 2012. január elsejével különböző állami szereplőkhöz kerültek az egészségügyi szakellátó intézmények, a kórházak, az integrált járóbeteg szakellátást végző intézmények. 2013. január elsejétől az állam központilag szervezi az alap- és középfokú oktatást[9], illetve egyes nagyobb közművelődési intézmények is az államhoz kerültek. Szente Zoltán (2012) szerint az iskolák államosítása jelentette a legnagyobb csapást az önkormányzatiságra és a szubszidiaritás elvére, mely szerint egy feladat ellátását a polgárokhoz eső legközelebbi szinten kell megszervezni, ahol még a közszolgáltatások hatékonyan elláthatók. Összességében elmondható, hogy az önkormányzatok nagy feladatai kerültek más gazdához. Fontosnak tartom továbbá megjegyezni, hogy mindegyik említett feladat központi szervezésére van működő példa a nemzetközi gyakorlatban, a magyar modell nem példa nélküli. A feladatok átrendeződését egy leszabályozott vagyon-átrendeződés is követte, egyrészt a közüzemi szolgáltatásokhoz kötődő vagyon került központi vagy helyi önkormányzati tulajdonba, illetve a humán szolgáltatások körében a megyei és települési tulajdonból állami rendelkezésbe kerül a feladatok ellátását biztosító állóeszköz-állomány (Horváth M. 2013a). Itt azt is szükséges megjegyezni, hogy ellenkező irányú átrendeződés is történt a feladatok tekintetében, így például 2013. január elsejével a megyei jogú városok feladatkörébe került a megyei múzeumi és könyvtári hálózat és az azt kiszolgáló vagyon is.

Megvizsgáltam továbbá az új önkormányzati törvényt (a továbbiakban: Mötv.) is a változások tükrében. Az alapvető rendelkezések között megtalálható, hogy a helyi közügyek egyebek között a lakosság közszolgáltatásokkal való ellátásához kapcsolódnak, és törvény felhatalmazása alapján egyes közszolgáltatások igénybevételét rendeletében feltételekhez kötheti. A helyi önkormányzat továbbra is ellát törvényben meghatározott kötelező és általa önként vállalt feladat- és hatásköröket, valamint az állammal kötött megállapodás alapján elláthat állami feladatokat is. A helyi önkormányzati feladatok körét az Mötv. is taxatíve felsorolja, melyet a 1. számú melléklet tartalmazza, kissé átfogalmazva és kategorizálva az azonos szakterület feladatait. A feladat- és hatáskörök tekintetében elmondható, hogy az új törvényben is megmaradtak a korábbi szabályozás alapelvei, csupán a feladatkörök látványos csökkenése tapasztalható, annak ellenére, hogy most korábban nem megnevezett feladatokat is megállapítottak a jogszabályban (például a hajléktalanok ellátása). A feladatok változásával

[9] Utóbbi esetben csupán az épületfenntartás marad önkormányzati feladat 2017. január elsejéig.

párhuzamosan a feladatok finanszírozása is megváltozik, az 1990. évtől alkalmazott forrásfinanszírozás helyett a feladatfinanszírozás kerül bevezetésre, mellyel sokkal inkább a kiadások tartalmát tudják behatárolni, és a testület döntési lehetősége beszűkül, tehát egyfajta kötöttséget testesít meg (Horváth M. 2012). A szakirodalomban azonban kritikaként továbbra is megfogalmazódik a gyenge, alapvető közfeladatok ellátására sem alkalmas kistelepülések problémája, mely már 1990 óta jelen van az önkormányzati rendszerben (Szente 2012), mindez az önkormányzati reform nagy mulasztása is egyben. A próbálkozások ellenére is tovább nőttek a különbségek és ez azt is jelenti, hogy óriási az eltérés a közszolgáltatások nyújtásának színvonalát illetően is. Ha már az önkormányzatok feladatairól van szó érdemes röviden kitérni a megyei önkormányzat megváltozott szerepére is. 1990 óta az önkormányzati rendszer domináns szereplői a települések, a megyei szint mindvégig gyenge, forráshiányos, a szakirodalom „lebegő" szintként jellemzi (Nagy – Hoffman 2012). A megyékkel szembeni negatív attitűd minden valószínűség szerint visszavezethető egészen a tanácsrendszerben betöltött szerepükig. Az Mötv. úgy fogalmaz, hogy a megyei önkormányzat területfejlesztési, vidékfejlesztési, területrendezési, valamint koordinációs feladatokat lát el, ami azt jelenti, hogy tényleges hatáskörök és eszközök híján súlyuk gyakorlatilag jelentéktelenné válik, erősebb megfogalmazással élve felszámolásra kerül (Kökényesi 2013)[10]. A feladatok változása tekintetében még egy elem megfigyelhető, mégpedig az önkormányzati és az államigazgatási feladatok szisztematikus elválasztása, a települési jegyzőtől való hatáskörök elvonása és visszahelyezése az államigazgatási szervezetrendszerbe, amivel párhuzamosan zajlott a területi államigazgatási szervek átszervezése. A dekoncentrált igazgatási szervek jelentős részét – a korábbi megyei közigazgatási hivatalok helyett – a kormányhivatalokba integrálták. Mindezekkel összefüggésben felállítottak egy régi-új elemet az alsó-középszinten, a járási hivatalok létrehozásával.

A lezajlott változások nem előzmény nélküliek, hiszen a magyar közigazgatási rendszer alapvetően a rendszerváltoztatás során megalkotott szabályozásból kifolyólag számos problémával küszködik. A szakirodalom a következő, főbb problémacsoportokat jelöli meg: gyenge középszint és hiányzó felelősségre vonhatóság; alacsony hatékonyság, összehangolatlanság és fragmentáció; politikai konszenzus hiánya, továbbá a tisztázatlan feladatmegosztás, a forráshiány, a jegyző státuszának rendezetlensége, eltérő minőségű szolgáltatások és az együttműködés ösztönzőinek hiánya (Csite – Kiss 2011). Továbbá Pálné Kovács Ilona (2007) már a 2007-ben megjelent tanulmányában úgy fogalmazott, hogy az 1990-ben kialakított magyar önkormányzati modell nem felel meg a modern kori

[10] Fontos megjegyezni azonban, hogy azóta a különleges gazdasági övezetekkel kapcsolatban is kaptak feladat- és hatásköröket a megyei önkormányzatok, továbbá a megyei TOP források elosztásában is szerepet vállalnak (NGM 2015).

kihívásoknak, hiszen az elaprózott rendszerben működő helyi közszolgáltatási struktúra kapacitás- és minőségi gondokkal küzd.

3.4 Humán közszolgáltatások sajátosságai, csoportosítása

A humán közszolgáltatások – mint fogalom meghatározása tekintetében nincs egyszerű dolgunk, ugyanis tételes jogi megfogalmazásra ezidáig nem került sor. Rixer Ádám (2012) olyan tevékenységeket, feladatokat, szolgáltatásokat ért a fogalom alatt, melyek az ember fizikai létét, szellemi, érzelmi állapotát közvetlenül befolyásolják, megtartják, fejlesztik és kiegészítik azt. A fogalom tartalma részleteiben jobban tetten érhető például egyéb igazgatási területtel való összehasonlításban. A humán közszolgáltatások tekintetében az államnak elsősorban jogi és intézményes kereteket kell biztosítani, a finanszírozást szabályozni, bizonyos szolgáltatásokat kell létrehozni, illetve szervezni, de fontos megjegyezni, hogy a közhatalmi jelleg hiányzik, illetve ha van, nem domináns, vagy közvetlenül érvényesíthető. Humán igazgatási területeken az állam alapvetően csupán kereteket, garanciákat és szolgáltatási minimumokat határozhat meg, tartalmi és szakmai kérdésekben csupán kiegészítő jelleggel szabályoz. A példa kedvéért az állam szemszögéből annak van jelentősége, hogy az orvos hol, milyen körülmények között, milyen szabályok szerint végzi gyógyító tevékenységét, azonban abba nem szól bele, hogy például adott betegséget hogyan kell kezelni. A humán szolgáltatások tekintetében fokozottabban érvényesülnek a közszolgáltatások általános jellemzői is, többek között a következők:

- akkor is biztosítani kell, amikor a piac nem vállalja azok nyújtását,
- a szükségletek minimális szintjéig mindenki számára hozzáférhetővé kell tenni,
- a hozzáférhetőség érdekében a közhatalom által megállapított/befolyásolt árakon kell nyújtani,
- folyamatosan kell nyújtani, biztosítani.

A rendszerváltás utáni időszak legfőbb kihívása volt a humán közszolgáltatások területén az állami szerepek átalakulása, valamint a magánszereplők különböző formákban való megjelenése (Kökényesi 2007). Más területhez hasonlóan itt nem beszélhetünk klasszikus piaci versenyről, inkább csak a választás nagyobb lehetőségeiről és piaci elemek csupán egyes területeken való térnyeréséről, valamint e tényezőkből kifolyólag az erőforrások egyenlőtlenebb elosztásáról. A humán közszolgáltatásokban fő szabályként nincs jelen a szolgáltatás-ellenszolgáltatás jelensége, egyrészt a humán közszolgáltatások állampolgári jog minősége, másrészt e tevékenység piacon kívüli nyújtásának ténye miatt. Az ide tartozó feladatok alapvetően az államháztartás keretében, azaz közpénzből kerülnek megszervezésre.

Mindezek ellenére nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy egyes humán közszolgáltatásokat sem kerülte el, illetve kerüli el a fokozatos liberalizáció, ami azt jelenti, hogy az állami/önkormányzati ellátási, ellátás-szervezési felelősség fenntartása mellett a közszolgáltatásokban megengedi a versenyt és megszünteti az állam/önkormányzat ellátási monopóliumát, vagyis kizárólagosságát. De egyúttal egyértelműen megállapítható, hogy a humán közszolgáltatások szervezésében meghatározó az állam és az önkormányzat szerepvállalása, ami arra is utal párhuzamosan, hogy e feladatok ellátása alapvetően költségvetési keretek között történik és a feladatellátás tervezésére, a működés finanszírozására, a teljesítmény folyamatos és utólagos értékelésére a költségvetés szabályai vonatkoznak.

A humán közszolgáltatások csoportosítását korábban már részben érintettem, de itt külön kiemelem az ide vonatkozó megállapításokat. A legáltalánosabb és a leggyakoribb csoportosítás szerint a humán közszolgáltatások részét képezi a közoktatás, a közművelődés és kulturális szolgáltatások, az egészségügyi ellátás és a szociális ellátás (Kökényesi 2007), azonban egyes szakirodalmak ide sorolják az érdekvédelemmel kapcsolatos szolgáltatásokat is (László – Pap 2007). További szerző a humánszolgáltatásokat egyértelműen a nem piaci alapú szolgáltatások körébe sorolja (Nyikos – Soós 2018). A szakirodalom másik része szűkebben, csak a helyi közszolgáltatásokkal foglalkozik, ahol is a humánszolgáltatások körébe sorolja a következőket: bölcsőde, óvoda, alapfokú és középfokú iskola, kollégium, körzeti orvosi ellátás, járóbeteg szakrendelés, kórházi ellátás, idősek különböző ellátásai, könyvtár, múzeum és levéltár (Horváth M. 2002). Azonban létezik olyan csoportosítás is, mely a helyi humán közszolgáltatások körébe csupán a közoktatást és a közművelődés, könyvtár, múzeum kulturális összességét sorolja, és külön csoportban, szociális közszolgáltatások alatt nevezi meg a szociális ellátásokat és a gyermekvédelmi, illetve gyermekjóléti szolgáltatásokat (Dietz et al. 2011). Szintén hasonló nézetet képvisel Dicső László (2012), aki a humán közszolgáltatások körében csak a közoktatást, a közművelődést és az egészségügyi szolgáltatásokat említi, míg külön csoportként definiálja a szociális szolgáltatásokat, melyen belül a pénzben, a természetben nyújtott ellátásokat és a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokat nevezi meg. A helyi humán közszolgáltatások szélesebb körének meghatározását is megtalálhatjuk a szakirodalomban, mely a sportügyeket, az ifjúságpolitikát és a nemzetiségi ügyeket is a humán közszolgáltatások körébe tartozóként kezeli (Finta 2013).

A szakirodalmi csoportosítások megállapításait és az új önkormányzati törvény (Mötv.) szabályait figyelembe véve én a helyi önkormányzati feladatok[11] közül az alábbiakat sorolom a klasszikus helyi humán közszolgáltatások körébe:

- egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások,
- óvodai ellátás,
- kulturális szolgáltatás, különösen a nyilvános könyvtári ellátás biztosítása, filmszínház, előadó-művészeti szervezet támogatása, a kulturális örökség helyi védelme; a helyi közművelődési tevékenység támogatása,
- gyermekjóléti szolgáltatások és ellátások,
- szociális szolgáltatások és ellátások, amelyek keretében települési támogatás állapítható meg,
- a hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítása.

A klasszikus csoportosításon túllépve, tágabb értelmezésben a humán közszolgáltatások köré sorolom a sport és ifjúsági ügyeket, valamint a nemzetiségi ügyeket is. Bár az általam feldogozott szakirodalom sehol nem említi a lakásgazdálkodást[12], én a vizsgálódásaim során a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell gyakorlati elemzése alapján is a humánszolgáltatások köréhez kapcsolom. A WHO egészséges városok program keretében nyújtott közszolgáltatásokról szintén nem beszél a szakirodalom, jellemzői azokat szintén a humánszolgáltatásokhoz tartozónak indikálják, illetve az új önkormányzati törvényben helyi feladatként megnevezett, az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások körébe sorolom.

3.4.1 Szociális közszolgáltatások

A szociálpolitika területén fontos kiemelni, hogy az államilag szervezett szociális tevékenységről – Anglia kivételével – egészen a XIX. századig Európa országaiban nem beszélhetünk és gyakorlatilag az ipari társadalmak termékeként jelenik csak meg. A század közepétől már nagy számban működtek egy-egy szakmát vagy üzemet átfogó segédegyletek, munkáspénztárak, gyári egyesületek, melyek a későbbi kötelező társadalombiztosítás szervezeti bázisát képezték. Azonban az egyre súlyosabbá váló demográfiai és társadalmi problémák, az egyházak szegénységről vallott felfogásának változása, a gyáripar által

[11] Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) bekezdése alapján.
[12] Lakásgazdálkodás témakörében a szociális alapú önkormányzati bérlakások rendszerét vizsgálom, a piaci alapú önkormányzati lakásokkal nem foglalkozom.

támasztott új szükségletek hatására egyes markáns társadalmi szükségletek kielégítése kikerült a magángazdaság, a karitatív jótékonykodás világából és közösségi szükségletként megszervezéséről az állam kezdett el gondoskodni (Fazekas 2004). Mindezek hátterében az is megtalálható, hogy az állam szerepéről vallott nézetekben a liberalizmus fokozatosan háttérbe szorult és elfogadták az állami beavatkozást, ezáltal sajátos területként született meg az állami szociálpolitika. A szociálpolitikát ekkor a legtágabb értelemben, a társadalmi újraelosztás egy meghatározott típusaként – azaz a megtermelt javak egy részének centralizált begyűjtése és elosztásaként értelmezték. A XX. században a jóléti állam új funkciói következtében nagymértékben kibővült a központi újraelosztásba bevont feladatok köre és kialakult a szociálpolitika egy szűkebb értelmezése, mely „a társadalmi munkamegosztásban még vagy már részt nem vevők vagy abból kiszorultak, valamint a leginkább hátrányos helyzetűek állami támogatását fogja át" (Fazekas 2004, 282).

Hagyományosan a szociális ellátórendszeren belül három alrendszert különböztetünk meg (Hoffman – Mattenheim 2016). Beszélhetünk egyrészt a társadalombiztosításról, mely járulékokból finanszírozott, főként pénzbeli támogatást nyújt a rászorultságot, vagyis vagyoni és jövedelmi viszonyokat nem vizsgálva. Ez az alrendszer tipikusan meghatározott kockázati tényezők, például betegség, munkanélküliség, öregség esetén nyújt támogatást. A második alrendszer olyan támogatásokat foglal magában, melyeket szintén a vagyoni és jövedelmi viszonyok figyelembevétele nélkül nyújtanak, vagy alanyi jogon vagy valamilyen más társadalmilag hátrányos helyzethez kapcsolódva. A harmadik alrendszer pedig olyan támogatásokra terjed ki, melyeket rászorultsági alapon nyújtanak, vizsgálva a vagyoni és a jövedelmi helyzetet. Azonban ez a klasszikus felosztás a XX. század végi gazdasági és társadalmi változások következtében kissé átalakult, az új felosztás megkülönbözteti a *szociális ellátások* csoportját, mely a biztosítási elven nyújtott szolgáltatásokra terjed ki, a *szociális kárpótlások* csoportját, mint például a hadigondozotti ellátásokat, valamint a *kompenzációs ellátások*at, mely a rászorultsági ellátásokon túl a társadalmi hátrányokat kezelő juttatásokat tartalmazza.

A magyar szabályozás jellegzetességeinek vizsgálata során az Alaptörvény megfogalmazásából szükséges kiindulni, mely szerint „Magyarország arra törekszik, hogy minden állampolgárának szociális biztonságot nyújtson" (Magyarország Alaptörvénye, XIX. cikk, 1) bekezdés), mely gondolatot a szociális törvény is átveszi és célként a szociális biztonság megteremtését és megőrzését jelöli meg. Az Alaptörvény továbbá rögzíti, hogy mely területeken nyújt segítséget: „Anyaság, betegség, rokkantság, fogyatékosság, özvegység, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén minden magyar

állampolgár meghatározott támogatásra jogosult (Magyarország Alaptörvénye, XIX. cikk, 1) bekezdés). Kitér továbbá arra is, hogy a szociális biztonságot a szociális intézmények és intézkedések rendszerével valósítja meg és külön bekezdésben kezeli az időskori megélhetés biztosítását, melyet a társadalmi szolidaritáson alapuló egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásával és önkéntesen létrehozott társadalmi intézmények működésének lehetővé tételével segíti elő (Magyarország Alaptörvénye, XIX. cikk, 4) bekezdés).

Az európai uniós fogalmak szerint fontos a nemzeti szociális biztonsági jogszabályok különleges sajátosságainak tiszteletben tartása (Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete), mely a szociális biztonság körébe az alábbiakat sorolja: betegségi ellátások, anyasági és azzal egyenértékű apasági ellátások, rokkantsági ellátások, öregségi ellátások, túlélő hozzátartozói ellátások, munkahelyi balesetekkel és foglalkoztatási megbetegedésekkel kapcsolatos ellátások, haláleseti juttatások, munkanélküli ellátások, előnyugdíjak és családi ellátások.

A magyar és az európai szabályozásban is használatos „szociális biztonság" fogalma a szociális ellátások széles körére utal, azonban itt fontos megjegyezni, hogy a magyar szociális törvény a gyakorlatban kevésbé értelmezhető szociális kódexként, ugyanis ténylegesen csak a nagykorúak részére nyújtott, rászorultsági jellegű ellátórendszert szabályozza, és más törvények hatálya alá tartozik a teljes társadalombiztosítási, foglalkoztatáspolitikai, családtámogatási, fogyatékossággal élő személyek, hadigondozottak, nemzeti gondozottak támogatási és ellátórendszere, valamint a rászorultsági alapú gyermekvédelmi ellátórendszer és a rászorultsági alapú szociális lakhatás is.

A szociális ellátások rendszere szoros kapcsolatban van azzal, hogy adott ország mely jóléti modellt követi. Esping-Andersen (2006) megközelítése alapján három csoportot különíthetünk el ilyen tekintetben. A *liberális (angolszász)* modell legfőbb jellemzője, hogy alapvetően rászorultsági alapú ellátásokat nyújt. A *kontinentális (bismarcki)* modell az öngondoskodás hangsúlyozása mellett döntően a társadalombiztosítási rendszerre épít. E modellen belül külön csoportot képeznek a mediterrán államok, ahol a szolgáltatás és a védelem szintje alacsonyabb, mint általában a kontinentális modellekhez tartozó államokban, külön csoportot alkotnak a volt államszocialista országok, ahol a történelmi előzményekre tekintettel a rászorultsági elemekre jobban építő rendszerről beszélhetünk, illetve elkülönült modellként szükséges kezelni a skandináv államokat, ugyanis itt a rendszert kiemelkedően magas adóbevételekből finanszírozzák.

Az államigazgatás és az önkormányzatok közötti feladatmegosztás tekintetében szintén két főbb modellt különböztetünk meg (Hoffman 2016). A *centralizált modell* államigazgatás központú, a helyi-területi önkormányzatok szűkebb körű feladat- és hatáskörrel rendelkeznek a szociális ellátások területén. E körben a mintaadó állam Németország, ahol a bismarcki alapokon kiépült, tág értelemben vett társadalombiztosítás a legmeghatározóbb pillér a szociális ellátások keretében. A *decentralizált modell* keretében három altípust tudunk megkülönböztetni. A skandináv államok modellje az egyik legszélesebb körben kiépült és az egyik legnagyobb állami és önkormányzati finanszírozással járó szociális ellátórendszerrel jellemezhető, ahol azért arról sem szabad megfeledkezni, hogy hagyományosan decentralizált államokról van szó. A másik csoportot a latin államok alkotják, ahol a mintaalkotó Franciaország. Itt rendkívül meghatározó szereppel bírnak a megyei önkormányzatok és a modell sajátosságaként elmondható, hogy csak a települések, a településközi társulásos együttműködések és a megyei önkormányzatok látnak el szociális szolgáltatási feladatokat. A harmadik modell az Egyesült Királysághoz köthető, melyre jellemző, hogy bár a pénzbeli ellátások rendszere centralizált jelleggel működik, addig a személyes jellegű szociális szolgáltatások döntő része önkormányzati központú.

Áttérve a magyar „modellre", fontos megjegyezni, hogy a magyar szociális ellátórendszer gyakorlatilag önkormányzati alapú modellként épült ki az 1990-es évek folyamán (Hoffman 2011), ugyanis az 1980-as évek közepéig az ellátórendszer jellemzően csak a társadalombiztosítási ellátásokra terjedt ki, annak további ágai csupán az 1980-as évek közepétől kezdtek kialakulni. Mindezek előzménye, hogy az önkormányzatok által ellátott feladatok körében a XX. század utolsó harmada jelentős változásokat hozott és a szocializmus végétől egy sokszínű és differenciált szolgáltatási rendszer kiépülésének lehettük a szemtanúi (Hoffman 2013a). A kialakult magyar rendszer és változásai jól beilleszkedtek az európai folyamatokba. Főbb sajátosságai között említhető meg, hogy a társadalombiztosítási ellátásokat és a biztosítási jellegű foglalkoztatási ellátásokat hagyományosan centrális irányítás jellemzi, míg a gyámügyi igazgatás, a rászorultsági alapú és természetbeni ellátások, a személyes jellegű szociális, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások a területi és helyi önkormányzatok hatáskörét alkotják.

A szociális védőháló alapszintjét ma Magyarországon elemi helyi egységként a helyi önkormányzatok jelentik, mivel térben ők állnak a legközelebb a rászorultakhoz, az ellátottakhoz (Hoffman 2013b).

A szociális ellátásokon belül alapvetően különbséget kell tennünk a pénzbeli és természetbeni támogatások, az alapszolgáltatások és a szakosított ellátások között. Míg a *pénzbeli ellátások* a jogosultak jövedelmének kiegészítésére vagy pótlására szolgálnak, addig a *természetbeni ellátások* az adott támogatandó élethelyzet függvényében meghatározott természetbeni formában jutnak el a jogosulthoz. Utóbbiakat kiadáskompenzáló ellátásoknak is nevezzük, ugyanis valamilyen társadalmilag elismert kiadás viseléséhez nyújtanak segítséget a jogosultsági feltételeknek megfelelő személyek részére, ilyen például a közgyógyellátás, az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság vagy a köztemetés (Hoffman – Mattenheim 2016). Az *alapszolgáltatások* révén szociálisan rászorulóknak nyújtanak személyes jellegű szolgáltatást, tehát itt nem pénzösszeg, valamely áru vagy árujellegű szolgáltatás ingyenes vagy kedvezményes juttatásáról van szó, hanem segítő jellegű tevékenységről. Az alapszolgáltatás fő jellemzője az otthonközeliség, vagyis a rászoruló saját otthonában és lakókörnyezetében megvalósuló segítségnyújtásról beszélhetünk. Célja az önálló, azaz nem intézményi, hanem saját háztartásban történő életvitel fenntartásához, valamint egészségi állapotból, mentális állapotból vagy más okból származó problémák megoldásához való segítség nyújtása. Az alapszolgáltatások a progresszív szociális ellátórendszer legalapvetőbb elemei, mivel egyrészt nem szakítják ki az ellátottat a megszokott környezetből, másrészt a legkönnyebben elérhetők. Ezzel szemben *szakosított ellátások*ról beszélhetünk abban az esetben, ha az életkor, egészségi állapot, valamint szociális helyzet miatt a rászorult személyről az alapszolgáltatások keretében nem lehet megfelelően gondoskodni. Ezen ellátás keretében az igénybe vevő elhagyja addigi otthonát és személyes gondoskodást nyújtó szociális intézménybe költözik átmeneti vagy végleges jelleggel. A szakosított ellátások azon célcsoportokra irányulnak, akiknek az önálló életvitel fenntartása – még az alapszolgáltatások igénybevétele mellett is – túlzott nehézséget jelentene. E célcsoportok az idősek, a fogyatékkal élő személyek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, valamint a hajléktalan személyek.

3.4.2 Egészségügyi közszolgáltatások

Az egészségügyi közszolgáltatásokat a humán közszolgáltatások keretein belül tudjuk elhelyezni, melyek a közszolgáltatások többi típusához hasonlóan közhatalmilag (az állam és az önkormányzat által) meghatározottak. Az egészségügyi viszonyok, egészségügyi ágazat „közhatalmi meghatározottsága”, az állami befolyásolás jelenléte hosszú gyökerekre vezethető vissza, ugyanis már a XVII-XVIII. századtól kezdve az állam saját feladatának tekinti a közegészségügyi viszonyok kézben tartását, majd a XX. században az állam a legnagyobb egészségügyi szolgáltatóvá válik (Nagy 2004). Sajátosságként jegyezhető meg,

hogy az állami befolyásolás mértéke és intenzitása más ágazatokhoz képest erősebb lehet, amit az egészségügyi tevékenység jellege és az egyenlő hozzáférhetőség követelménye indokolhat.

Az ágazatot 1990 után nagy horderejű változások formálták. A korábbi szocialista gazdaságban kizárólag állami szolgáltatás formájában megvalósuló egészségügyi ellátás (Forgács 2001), mely egy integrált rendszerben, állami monopóliumként működött, gyakorlatilag megszűnt, felváltotta az egészségbiztosítás rendszere és egyúttal kiszélesedett azoknak a köre, akik szolgáltatóként részt vehetnek az egészségügyi ellátásban. A finanszírozás alapját az új rendszerben a társadalombiztosítás jelentette. Egyes feladatok ellátása során inkább kettős finanszírozásról beszélhetünk. Mindez azt jelenti, hogy a finanszírozói szerepkörben egyrészt megjelenik az államháztartás központi alrendszerének részeként a társadalombiztosítás (illetve annak pénzügyi alapjai), másrészt a helyi önkormányzat is az önkormányzati alrendszer részeként (Lentner 2018). Meg kell továbbá jegyezni, hogy a magyar államháztartáson belül az egészségügyi feladatok legfőbb finanszírozója az egészségügyi járulékból gazdálkodó egészségbiztosítási alap, az önkormányzatoknak emellett kisebb, de ugyanakkor jelentős egészségügyi finanszírozó szerepe van (Novoszáth 2014).

A humán közszolgáltatások egészségügyi ágazatát sem kerülte el a piacosítás, mely 1992-ben először a háziorvosi szolgálatot érintette. A humánszolgáltatások esetében lezajlott magánosításokkal kapcsolatban azonban fontos megjegyezni, hogy itt nincs szó a közszektor szerepének megkérdőjelezéséről, hanem sokkal inkább egy átalakulásról van szó, melyben a társadalmi igényekre való érzékenyebb reagálást a pluralizáció és a verseny biztosításával kívánták elérni (Horváth M. 2005). Előtérbe került a piaci viszonyokból ismert követelmények (teljesítmény és hatékonyság mérése, fogyasztói orientáció, a választás lehetővé tétele) érvényesülése, melynek gyakorlati megvalósulása a háziorvos és házi gyermekorvos szabad megválasztásának bevezetésében, a fogorvos-választás teljes szabadságában, valamint a vállalkozó orvosok részére történő, szektorális hovatartozástól függetlenül elismert jogosultságban lelhető fel (Horváth M. 2002). Az ágazatban a magánosítás egyik fajtája, a privatizáció zajlott, mely nem a klasszikus, teljes privatizációt jelentette, hanem funkcionális privatizációt, vagyis a szolgáltatást a vállalkozó orvosok nyújtották, de a rendelők önkormányzati tulajdonban maradtak és az alapfelszerelést, a minimális feltételeket is az önkormányzatok biztosították (Fónai 2014). Finanszírozás tekintetében a háziorvosi szolgálatban utalványrendszert vezettek be, mely a szabad orvosválasztást, illetve a megfelelő méretű körzetek kialakítását kívánta biztosítani. Az

alapellátásra jogosultak tehát társadalombiztosítási azonosító jelük megadásával jelezték, hogy az adott szolgáltatást az adott orvostól kívánják igénybe venni (Hoffman – Linder 2016). A bevezetett háziorvosi fejkvóta rendszere a bejelentkezett biztosítottak számával, életkorával, az ellátandó területtel, az orvos szakképesítésével és kiegészítő tevékenységével volt összefüggésben. A lezajlott változások vizsgálata révén egyértelműen megállapítható, hogy a rendszerváltást követően az egészségügyi közszolgáltatások szervezésére nagy hatást gyakorolt az új közmenedzsment paradigmája. A 2010 utáni államfilozófia változása következtében az 1990 után az államigazgatási és az önkormányzati feladatok megosztásán alapuló rendszert – ahol az államigazgatás a szabályozásért és a finanszírozásért volt felelős, az önkormányzatok pedig a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításáért és gyakorlatilag a rendszer fenntartásáért – egy centralizált, államigazgatás-centrikus rendszer váltotta fel. Az átalakult modellben a megyei önkormányzatok feladatainak átadásával csak a települési önkormányzatok és alapvetően csak az alapellátás területén rendelkeznek feladatokkal.

Az Mötv. települési szinten az önkormányzat kötelezően ellátandó feladatainak körébe sorolja az egészségügyi alapellátás biztosítását, mint helyben biztosítható közfeladatot. Ezzel ellentétben, a korábbi, 1990-ben megalkotott szabályozás (Ötv.) az egészségügyi ellátásról való gondoskodásban jelölte meg a települési önkormányzatok feladatát a helyi közszolgáltatások tekintetében. Az ágazati jogszabály, az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény pedig pontosan behatárolja, hogy a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás keretében a következő feladatok ellátásáról gondoskodik:

- a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,
- a fogorvosi alapellátásról,
- az alapellátáshoz kapcsolódó háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról,
- a védőnői ellátásról, és
- az iskola-egészségügyi ellátásról.

3.4.3 Állami/önkormányzati lakásgazdálkodás, mint közszolgáltatás

Az önkormányzatok lakásgazdálkodási feladatának megismerése előtt érdemes kicsit kitérni az 1990-es évek előtti időszakra, folyamatokra is, hiszen a rendszerváltás gyökeres változást hozott a lakásgazdálkodás területén (is). A II. világháborút megelőző időszakban az állami bérlakásszektor viszonylagos fejletlensége volt a jellemző, bár néhány nagyobb állami vállalat tartott fenn dolgozói számára kedvezményes szolgálati lakást, de a bérlakások döntő hányada magántulajdonban volt és a lakbéreket is elsősorban a piac határozta meg (Kovács

1992). A II. világháború utáni időszakban az állami bérlakásszektort gyökereiben is más folyamatok uralták, úgy mint a korábbi lakásviszonyok teljes átalakításának igénye, vagyis a „tőkés bérlakásszektor” megszüntetése, a gyors kisajátítások – melynek révén a nagyobb városokban az állam vált az első számú ingatlantulajdonossá, valamint az új lakáspolitika, mely a valóságban ingyenes lakáshoz jutást és jelképes lakbéreket jelentett. A szocializmus éveiben kialakult bérlakásrendszer gyakorlatilag „felülírta” a klasszikus értelemben vett bérház fogalmát, hiszen egy sajátos forma létrehozásával a lakások kikerültek a piaci forgalomból és a társadalom jutalmazási rendszerét szolgálták, szinte állami monopóliumként működött a lakások elosztása, a többlakásos lakóházak építése és fenntartása (Nárai 1998).

A lakásépítések számát tekintve a legtöbb lakásépítés Magyarországon az 1970-es években volt, amikor is az újonnan épült lakások közel kétharmada tanácsi lakás volt, mely szorosan kapcsolódott az 1960-1975 közötti időszakra elfogadott 15 éves lakásépítési tervhez. Majd az 1980-as évekre az állam teljesen kivonult a lakásépítések közvetlen finanszírozásából (Czirfusz – Pósfai 2015), ekkortól váltak jelentőssé a lakossági lakásberuházások. Az állam ugyanis visszavonult a lakásépítésekből, átgondolta korábbi lakáspolitikáját, többszörös lakbéremelést hajtott végre és jelentős engedményeket tett a magánszektor törekvéseinek. Egyes szerzők szerint a rendszerváltás előtti időszakot a kelet-európai országok többségében egy sajátos modell jellemezte a lakásszektor tekintetében, melynek az volt a lényege, hogy az állam e szektor keresleti és kínálati oldalát is a kezében tartotta (Hegedüs – Várhegyi 1999). Fontos továbbá kiemelni, hogy a világháborút követő rövid 3 évtől eltekintve az 1948-1990 közötti időszakban klasszikus értelemben vett szociálislakás-politikáról egyáltalán nem beszélhetünk és a hatvanas évek végén, hetvenes évek első felében az állami lakáselosztások előnyei sokkal inkább a társadalom tehetősebb rétegeit érintették (Farkas E. – Szabó 1995).

A régi lakásgazdálkodási jogszabályok 1990-ben lényegében megszűntek, azonban az új jogszabályi és intézményi keretek megalkotására csak jelentős késéssel került sor és mindez a gyakorlatban azt is jelentette, hogy az önkormányzati lakásgazdálkodásban egy űr keletkezett (Farkas E. – Szabó 1995). A feladat új gazdájaként a frissen megalakult helyi önkormányzatok hatásköre volt ugyanis eldönteni, hogy a lakásgazdálkodás területén folytatják-e a korábbi gyakorlatot vagy új megoldásokkal próbálkoznak. Azonban a gyakorlat azt mutatta, hogy az önkormányzatok egyértelműen elvetették a korábbi módszereket, viszont új elvek, formák még nem alakultak ki egy jó ideig.

Az új jogszabály[13] (a továbbiakban: Ltv.) elfogadására 1993-ban került sor, melynek preambulumában megfogalmazott célok között az alábbiakat találjuk: a lakások és helyiségek bérletére vonatkozó szabályok egységesítése, valamint egyszerűsítése; a lakásokkal való észszerűbb, a piaci viszonyokhoz igazodó gazdálkodás jogi feltételeinek megteremtése; továbbá a bérlakásrendszer ellentmondásainak fokozatos megszüntetése a polgári jog alapelveit szem előtt tartva – erősítve az önkormányzatok bérbeadói jogait és érvényesítve a bérlők méltányos érdekeinek védelmét. Magyarországon a köztulajdonú bérlakásokkal való gazdálkodás alapvetően a helyi önkormányzatok hatásköre, mivel ők a lakások tulajdonosai (kivételt a Nemzeti Eszközkezelő által felvásárolt lakások jelentik). Tulajdonosként a helyi önkormányzat rendkívül nagy szabadsággal rendelkezik a lakásgazdálkodás kereteinek és feltételeinek meghatározásában, melyet az önkormányzat saját, helyi rendeletében szabályoz. A bérlakásállomány fenntartásának költségei viszont a kezdetektől nagyrészt az önkormányzatokra hárultak, sőt az önkormányzat ezirányú feladatellátását támogató állami források folyamatos szűkülése is tetten érhető volt (Vígvári 2008).

Az 1990-es évek meghatározó lakáspiaci mozgása az állami tulajdonú lakásállomány átadása volt az önkormányzatoknak, majd pedig a lakásállomány privatizációja. Nem túlzás azt mondani, hogy a rendszerváltoztatás utáni első 5 év egyetlen, alapvető változásokat hozó eseménye az önkormányzati tulajdonú lakásszférában a privatizáció volt. A privatizáció elindulásakor országosan 19% volt az önkormányzati tulajdonú lakások aránya a teljes lakásállományon belül (Budapesten 61%), ez az arány az 1990-es évek közepére országosan 3% alá csökkent azzal a megjegyzéssel, hogy a privatizáció kisebb mértékben, de ma is folyamatosan zajlik (Czirfusz – Pósfai 2015). A privatizációval egyidejűleg már az 1980-as évektől kezdve megfigyelhető jelenség az önkormányzati bérlakásszektoron belül a rezidualizáció, ami azt jelenti, hogy a lakásállomány méretének csökkenésével párhuzamosan csupán a legrászorultabb társadalmi csoport lakhatását hivatott szolgálni a szektor a lakhatás megfizethetőségével kapcsolatos általánosabb társadalompolitikai célkitűzések helyett. A privatizációs folyamatok egyúttal felerősítették az egyes társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségeket is, hiszen a jellemzően magasabb státuszú bérlők megvásárolták a legértékesebb lakásokat kikerülve ezáltal a nem piaci bérlakásszektor bérlői közül, az önkormányzatok tulajdonában pedig jellemzően az alacsonyabb értékű, rosszabb állapotú lakások maradtak, melyeket a szegényebb, alacsony társadalmi státuszú bérlők laktak. Egyes vélemények szerint az 1989/90 során lezajlott első privatizációs szakasz inkább egy ajándékozási aktusnak tekinthető, minthogy privatizációnak, ugyanis lehetőséget biztosított

[13] A lakások és helyiségek bérletére, valamint az elidegenítésükre vonatkozó egyes szabályokról szóló 1993. évi LXXVIII. törvény

nagy értékű, drága ingatlanok áron alul történő megvásárlására (Kovács 1992). Továbbá érdemes megjegyezni, hogy az 1990-es években a lakásszektorban lezajlott folyamatok esetében nem beszélhetünk klasszikus értelemben vett privatizációról, mivel a lakást a bentlakó bérlők vették meg (Farkas E. – Szabó 1995).

A privatizáció eredményeképpen kialakuló negatív folyamatok az önkormányzati lakásszektorban a további években sem tűntek el, hanem a tendencia tovább folytatódott és a 2008-as gazdasági világválság után felgyorsult és felerősödött, valamint azt sem szabad elfelejteni, hogy mindemellett a magyarországi lakásgazdálkodás jelenleg is kényszerpályán van (Czirfusz – Pósfai 2015). E mögött több háttértényező is megfigyelhető, úgy mint az átfogó, országos lakáspolitika hiánya; a települési önkormányok nagy szabadsága a helyi lakáspolitika meghatározásában; vagy éppen az a tény, hogy jelenleg az önkormányzatok gyakorlatilag semmilyen költségvetési támogatást nem kapnak lakásállományuk fenntartására. Az 1990-es önkormányzati törvény által a helyi szintre delegált lakásgazdálkodási feladatokat a 2011-es új önkormányzati törvény is helyben hagyta, nem változtatta meg. Általánosságban az 1990-es évektől kezdve elmondható, hogy az önkormányzati bérlakásállomány a lakások minőségét és a benne lakók társadalmi státuszát tekintve a magyar lakásállomány legalacsonyabb presztízsű része (Farkas E. – Szabó 1995). Azonban a bérlakásokkal és a szociális bérlőkkel kapcsolatos lefelé tartó verseny a 2000-es években is tovább súlyosbodott (Czirfusz – Pósfai 2015). Mindennek egyik eleme volt, hogy a szociális ellátásokhoz kapcsolódó kötelezettségek – például a segélyezések egyes elemei – helyi szintre való delegálása valósult meg. Általános tendenciaként az is megfigyelhető, hogy egyes önkormányzatok a lakásállományuk további leépítésére és a bérlők társadalmi státusz szerinti szelektálására törekednek, így a lakásállomány szociális funkcióját sem tudja betölteni, azzal szemben, hogy a rendszerváltást követő privatizációs folyamatok során kifejezett közpolitikai szándék volt (Czirfusz – Pósfai 2015), hogy az állami lakásszektorból szociális lakásszektor váljon, ami azoknak biztosít lakhatást, akik azt piaci alapon egyáltalán nem tudják megoldani. Mindezekhez szorosan kapcsolódó jelenség, hogy az önkormányzati bérlakásokhoz való hozzáférés lehetőségei rendkívül differenciáltak területileg, valamint ezek a lehetőségek folyamatosan beszűkülnek – a lassabb ütemben folytatódó privatizáció és a legrosszabb állapotú lakások szanálása révén.

3.4.4 A WHO Egészséges Városok Program

A WHO Egészséges Városok Program az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások körébe sorolható, a győri humánszolgáltatások egyik eleme. Az Egészséges Városok megközelítésének fontos eleme az a felismerés, hogy az egészség nem egyenlő az

egészségüggyel és az egészséget nem csupán önmagában az egészségügy és az egészségügyi ellátórendszer határozza meg, hanem számos társadalmi tényező is befolyásolja (Wilkonson – Marmot 1998). Az egészségügy az egészségi állapotot ugyanis mindössze 15-20%-ban meghatározó tényező, míg a fennmaradó mintegy 80% más szektorok kompetenciája. Mindez azt is jelenti, hogy az egészség fejlesztése nem elsősorban az egészségügyi szektor feladata, hanem szükséges a civil, a magán, az állami és önkormányzati szektor, valamint közösségek és önkéntesek bevonása is. Fontos a helyi közösségek bevonása a célkitűzések megvalósításába, az állampolgárokat igyekszik hozzásegíteni ahhoz, hogy képesek legyenek a saját egészségük megőrzéséért maguk is tenni (77/2003. (IV.3.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az egészségügyi ellátórendszert tekintve pedig a megelőzésre helyezi a hangsúlyt. Egy városi lakosság egészségét befolyásoló döntéseket nagymértékben a helyi önkormányzatok hozzák meg, ezért az Egészséges Városok Program egyik legfőbb célkitűzése az önkormányzatok egészségtudatosságának növelése, az egészség szempontjainak érvényesítése a döntéshozatali folyamatokban. Az Egészséges Városok Program működését az alábbi alapelvek határozzák meg (Nagy 2011):

- Multiszektorialitás
- Városi döntéshozók elkötelezettsége az egészség érdekében
- Partneri együttműködés
- Közösségek részvétele a döntések előkészítésében
- Egyenlő esélyek biztosításának elve
- Szolidaritás
- Fenntartható fejlődés biztosítása

Az Egészséges Városok mozgalom a kezdetektől 5 éves megvalósulási fázisokban, úgynevezett ciklusokban határozza meg prioritásait, melyeket a következőkben röviden ismertetek (Nagy 2011). Az I. ciklusban (1988-1992) a legfőbb feladat az új munkamódszerek megismertetése, a nemzeti Egészséges Városok Hálózatainak megszervezése és a program alapelveinek megszilárdítása volt. A II. ciklus (1993-1997) során a hangsúly a konkrét programokra, akciókra tevődött át, a fő prioritások az egészséges közösségi politika és a városi egészségtervezés volt. A III. ciklusban (1998-2002) a legfőbb téma az esélyegyenlőség, a fenntartható fejlődés és a társadalmi fejlődés volt, mindezek az integrált egészségfejlesztési tervezés hangsúlyozásával. A IV. ciklusban (2003-2008) az előző ciklus témaköreit megtartva a középpontba került az egészséges időskor, az egészséges várostervezés, az egészséghatás vizsgálatok, valamint a fizikai aktivitás és az aktív élet. Az V. ciklus (2009-2013) átfogó prioritása az „egészséget és egészségi egyenlőséget minden helyi szakpolitikában” volt. Fő

témákat a gondoskodó és támogató környezetek létrehozása, az egészséges élet, az egészséges városi környezet és tervezés alkotta. A fejlesztések középpontjában az egészségműveltség állt. A VI. ciklus (2014-2018) átfogó célkitűzései és prioritásai megegyeznek az Egészség 2020 stratégiában meghatározott célokkal. Az átfogó célkitűzések a következők: az egészségben jelentkező esélyegyenlőtlenségek leküzdése, valamint a városi vezetés és a részvételen alapuló kormányzás az egészség érdekében. A kiemelt témakörök között megtalálható az egész életen át tartó egészségfejlesztés, a népegészségügyi prioritások kezelése, az emberközpontú egészségi rendszerek és a népegészségügyi kapacitás megerősítése, valamint a rugalmas közösségek és támogató környezetek kialakítása (WHO Regional Office for Europe 2013). A 2019-2024. közötti időszakra vonatkozó VII. ciklus célkitűzései több stratégiai dokumentumhoz[14] igazodva az alábbi témakörökkel foglalkozik a Polgármesterek Koppenhágai Nyilatkozata alapján (Nagy – De Blasio 2019):

- Lakosság: emberierőforrás-fejlesztés
- Lakóhely: az egészséget és jóllétet támogató településfejlesztés
- Részvétel: közösségi részvétel biztosítása, és széles körű együttműködések kialakítása az egészség és jóllét érdekében
- Prosperitás: társadalmi környezet fejlesztése, alapszükségletekhez és szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása
- Béke: béke és biztonság, befogadó társadalmak
- Bolygó: környezetvédelem, fenntartható fejlődés.

IV. Empirikus kutatás módszerei

Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modelljének empirikus vizsgálata során az *irodalomelemzés* módszerét hívtam segítségül. Fontosnak tartottam az eddigi helyi, győri kutatások, vizsgálódások eredményeinek összegzését, melyek jó kiindulási alapot jelentettek a téma vizsgálatához.

A helyi humán közszolgáltatások szervezésében beazonosítható győri sajátosságok, jó gyakorlatok feltáráshoz szükséges volt a *jelenlegi és a történeti joganyag elemzése* az 1990 utáni évek tekintetében. A jogszabályok és azáltal a feladatok szervezésének változásai

[14] A WHO 13. Általános Munkaprogramja 2019–2023 (WHO Thirteenth general programme of work), a Polgármesterek Koppenhágai Nyilatkozata: Egészségesebb és boldogabb városokat mindenkinek (Copenhagen Consensus of Mayors: Healthier and happier cities for all), a Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 – Agenda 2030 (2030 Agenda for Sustainable Development), az Egészség 2020 – Európai egészségstratégia (Health 2020).

elemzésén keresztül képet kaphatunk a helyi szolgáltatásszervezési politikák és stratégiák jellemzőiről és folyamatairól. A jogi környezet folyamatos változása a rendszerváltástól kezdve jellemezte főként a szociális területet, ugyanakkor a 2010-től megjelenő jogszabályi módosítások is tetten érhetőek a területen. A modell különböző pillérjeinek vizsgálata során sor kerül egyrészt magasabb szintű jogszabályok (új önkormányzati törvény, továbbá az ágazati törvények – szociális törvény, lakástörvény, az egészségügyi alapellátásról szóló törvény) ide vonatkozó rendelkezéseinek vizsgálatára, valamint alacsonyabb szintű, helyi rendeletek (szociális rendelet, lakásrendelet, egészségügyi alapellátási szolgálatok körzeteinek kialakításáról szóló rendelet) elemzésére is. A legnagyobb hangsúlyt a helyi joganyagok vizsgálata során a közgyűlési előterjesztések és határozatok elemzésére helyeztem, egyes témaköröknél a bizottsági előterjesztések és határozatok is a vizsgálatok tárgyát képezték.

Az empirikus kutatási módszerek sorában fontos szerepet kapott a *dokumentumelemzés*, ugyanis a jogszabályi keretek közötti, de folyamatosan változó, alakuló, átalakuló modellről van szó, mely rugalmasan és viszonylag gyorsan reagál a felmerülő igényekre. Szociális területen a szociálpolitikai dokumentumok, köztük a szociális szolgáltatásszervezési koncepciók és a helyi esélyegyenlőségi programok segítségével elemeztem az önkormányzat kötelező és önként vállalt feladatainak alakulását, a feladatellátásban részt vevő szereplői kör széles palettáját, a szociális fejlesztések helyi alapelveit, a célokat, célrendszereket magában foglaló jövőképeket, valamint a hátrányos helyzetű csoportok helyi adottságait, problémáit. A szociálpolitikai fejlesztések prioritásait, célkitűzéseit a város stratégiai programjainak elemzésén keresztül is vizsgáltam. A WHO Egészséges Városok Program keretében – mivel itt nem egy klasszikus, önkormányzat által nyújtott közszolgáltatásról beszélhetünk – szintén nagy hangsúly vetődött a különböző dokumentumok – egészségképek, idősügyi koncepciók, éves feladattervek, egészségfejlesztés terv – vizsgálatára.

A dolgozatomban egyes területeken segítségemre volt az *adatgyűjtés módszere* is, a Központi Statisztikai Hivatal és a Polgármesteri Hivatal által szolgáltatott adatok, statisztikai adatok bemutatása és ismertetése is hozzájárult a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell jellemzőinek megismeréséhez, a működés gyakorlati sajátosságainak feltárásához.

Végeztem továbbá egy saját *empirikus felmérés*t is, melynek keretében mélyinterjúkat készítettem a győri egészségügyi és szociális szolgáltatások szervezésében és nyújtásában meghatározó szereplőkkel. Az interjúalanyoktól – a személyes és kollegiális kapcsolatból

kiindulva – számos olyan információt, személyes, szubjektív véleményt kaptam, melyek rávilágítottak a szolgáltatásszervezés mögötti miértekre, attitűdökre, érdekekre, elvárásokra és nehézségekre és melyek kiegészítették a további empirikus kutatási eredményeimet, megállapításaimat. A mélyinterjú kérdései, az interjúalanyok titulusa és az interjúk készítésének dátuma a 2. számú mellékletben olvasható.

V. Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellje a gyakorlatban

5.1 Egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés településtípusonként

A szolgáltatásszervezési modellek nemzetközi és hazai alakulását befolyásoló tényezők sorában kiemelt jelentőséggel bír az adott ország települési és önkormányzati struktúrája is. A települési struktúra és hozzá kapcsolódóan a közszolgáltatási méretgazdaságosság, mérethatékonyság kiemelten kezelendő az alkalmazott szolgáltatásszervezési modell kiválasztása során. Egy átfogó kutatás (Pálné 2013) keretében vizsgálták a helyi közszolgáltatások versenyképességét szolgáló modernizálását, ahol külön fejezet foglalkozott a mérethatékonysággal. A kutatás során feldolgozott nemzetközi szakirodalom, nemzetközi szervezetek dokumentumai alapján kijelenthető, hogy az önkormányzati szerkezet, méret és a közszolgáltatások megszervezésének hatékonysága, minősége, valamint a hozzáférés tekintetében sem állnak rendelkezésünkre egzakt törvényszerűségek. Azonban általánosságban elmondható, hogy egy elaprózódott településszerkezetű országban olyan szervezési módok lehetnek megfelelőek, melyek egyrészt a kisebb településeket kötelezően összevonják (vagyis a megfelelő településméretet adminisztratív úton alakítják ki – mint például a skandináv vagy német modellben), másrészt önkormányzati társulások létrehozásának lehetőségét teremtik meg a szabályozás megalkotása révén és az utóbbi esetben az önkormányzatok közösen szerveznek meg közszolgáltatásokat (Soós 2018). Meg kell továbbá említeni a differenciált hatáskör telepítést is, amikor a nagyobb méretű település önkormányzata akár maga lát el több településre nézve szolgáltatásokat.

A szakirodalmat tanulmányozva az önkormányzati rendszerek vizsgálata során pedig leegyszerűsítve két nagyobb modell vázolható fel (Gajduschek 2011). Az *északi modell*be tartozó országokban átfogó széles felelősség és viszonylagosan nagy önállóság jellemzi az önkormányzatokat. További jellemző a központi kontroll enyhébb jellege, a saját költségvetési bevételek nagyobb aránya, valamint a nagyobb költségvetési önállóság. Ide

tartoznak a skandináv államok, az Egyesült Királyság, Németország, a Benelux államok. Míg a déli modellbe tartozó országok önkormányzatait jóval szűkebb hatáskörrel és jóval erősebb központi kontrollal jellemezhetjük. Ide tartozik Franciaország (francia nyelven még az önkormányzat fogalma sem létezik), valamint a mediterrán térség országai. Spanyolországban a helyi önkormányzatok saját és átruházott hatáskörökkel rendelkeznek, mely utóbbiak a központi vagy a regionális szintről származnak. A saját hatáskörök a legtöbb lényegi közszolgáltatásra nem, vagy csak korlátozottan terjednek ki. További példa Olaszország, ahol bár 1990 után jelentkeztek decentralizációs törekvések, mégis a feladatok túlnyomó része az államigazgatási szervek hatáskörében maradt.

A magyar településszerkezeti viszonyok között a rendszerváltozást követő önkormányzathangsúlyos feladatellátási modell alkalmazása már eleve magában foglalta a később jelentkező problémákat, a közigazgatási rendszer és egyúttal a szolgáltatásszervezési modell átalakítása borítékolható és szükségszerű volt. A jelenlegi magyar önkormányzati rendszer tekintetében megnéztem, hogy az általam vizsgált négy területen – szociális, egészségügyi alapellátási, lakásügyi, WHO Egészséges Városok – alkalmazzák-e, illetve milyen formában és mértékben a differenciált feladattelepítést[15].

Az Mötv. rendelkezéseiből kiindulva a települési önkormányzat törvényben meghatározott kötelező és önként vállalt feladat- és hatásköröket láthat el. A települési önkormányzatok – községi, városi, járásszékhely városi, megyei jogú városi, fővárosi és kerületi – egymástól eltérő feladat- és hatáskörrel rendelkezhetnek. További szabály, hogy a törvény a kötelező feladatok megállapításánál differenciálni köteles. A differenciálás során figyelembe kell venni a feladat- és hatáskör jellegét, valamint a helyi önkormányzatok eltérő adottságait, úgy mint a gazdasági teljesítőképességet, a lakosságszámot vagy a közigazgatási terület nagyságát. Az Alaptörvény továbbá kiemeli, hogy helyi önkormányzat szabadon társulhat más helyi önkormányzattal[16], valamint tartalmazza a kötelező társulás intézményét, vagyis törvény elrendelheti a helyi önkormányzat kötelező feladatának társulásban történő ellátását[17].

A *szociális terület* ellátásainak vizsgálatánál az Szoctv.[18] és Gyvt.[19] tartalmazzák a részleteket a kötelező feladattelepítési szabályok tekintetében. Az Szoctv. a differenciálási szempontok közül elsősorban a lakosságszám szerint tesz különbséget az eltérő méretű,

[15] A jogi szabályozás 1990-től egyébként már lehetővé tette a törvényalkotó számára a differenciált hatáskör-telepítést az önkormányzatok számára, azonban a gyakorlatban kevésbé éltek vele (Szabó 2015).
[16] 32. cikk (2) bekezdés k) pont
[17] 34. cikk (2) bekezdés
[18] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
[19] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

teljesítőképességű, ellátási igényű települések között (2. táblázat). Az Szoctv. szerint minden települési önkormányzat (állandó lakosai számától függetlenül) köteles biztosítani az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, valamint a családsegítést minden olyan települési önkormányzat esetében, amelyik polgármesteri hivatalt működtet vagy a közös önkormányzati hivatal székhelye a településen van. Továbbá minden települési önkormányzat köteles hozzáférést biztosítani azon szociális szolgáltatásokhoz, amelyeket nem köteles helyben biztosítani. A családsegítés kapcsán pedig fontos kiemelni, hogy az Szoctv. rendelkezése alapján a családsegítés csak jóléti szolgáltatással együtt működtethető. Az állandó lakosok függvényében további feladatok ellátását köteles biztosítani az adott települési önkormányzat. Eszerint az a települési önkormányzat, amelyiknek területén háromezer főnél több állandó lakos él, idősek nappali ellátását, tízezer fő felett, valamennyi célcsoport részére nappali ellátást, harmincezer fő felett, teljes körű nappali ellátást, időskorúak gondozóházát, éjjeli menedékhelyet és hajléktalan személyek átmeneti szállását köteles biztosítani. Természetesen valamennyi, előzőekben felsorolt önkormányzatnál fennáll egyidejűleg a lakosságszámtól függetlenül nyújtandó kötelező alapszolgáltatások biztosításának kötelezettsége is. Mint látható, a lakosságszámtól függően telepített kötelező feladatok már nem csak alapszolgáltatásokat, hanem szakosított ellátásokat is tartalmaznak. A megyei jogú városok esetében valamennyi alapszolgáltatás kötelező önkormányzati feladat, ideértve a nappali ellátások teljes körét. Emellett valamennyi, nem állami körbe tartozó célcsoportnak (idősek, hajléktalan személyek) nyújtott átmeneti elhelyezést nyújtó ellátásról, a tartós bentlakásos ellátások közül pedig az idősek otthonáról, valamint – a lakossági szükségletek figyelembevétele alapján – a hajléktalanok otthona és a hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye fenntartásáról gondoskodni kell. A fővárosi kerületi önkormányzatok számára a jogszabály szintén előírja ezen szolgáltatások, ellátások megszervezését a lakosságszámtól függetlenül. Mindennek egyik oka, hogy Budapest területén a nagyobb népsűrűségből adódóan fokozott az ellátási igény, másik oka, hogy az egyik kerület lakosságszáma sem marad el harmincezer főtől. Továbbá főszabály szerint a fővárosi önkormányzat köteles gondoskodni a hajléktalanok éjjeli menedékhelyének és átmeneti szállásának megszervezéséről[20].

[20] Ha a kerületi önkormányzattal másként nem állapodnak meg.

2. táblázat: A személyes gondoskodás megszervezésére köteles szervek

Feladatok megnevezése	Megszervezésre köteles szerv
családsegítés étkeztetés házi segítségnyújtás	minden települési önkormányzat
családsegítés étkeztetés házi segítségnyújtás idősek nappali ellátása	települési önkormányzat, melynek területén 3 000 főnél több állandó lakos él
családsegítés étkeztetés házi segítségnyújtás valamennyi célcsoport részére nappali ellátás	települési önkormányzat, melynek területén 10 000 főnél több állandó lakos él
családsegítés étkeztetés házi segítségnyújtás teljes körű nappali ellátás időskorúak gondozóháza éjjeli menedékhely hajléktalan személyek átmeneti szállása	települési önkormányzat, melynek területén 30 000 főnél több állandó lakos él
családsegítés étkeztetés házi segítségnyújtás nappali ellátások teljes köre időskorúak gondozóháza éjjeli menedékhely hajléktalan személyek átmeneti szállása idősek otthona hajléktalanok otthona hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye	megyei jogú város önkormányzata
családsegítés étkeztetés házi segítségnyújtás teljes körű nappali ellátás időskorúak gondozóháza éjjeli menedékhely hajléktalan személyek átmeneti szállása	fővárosi kerületi önkormányzat

Forrás: Saját szerkesztés az Szoctv. alapján

A szolgáltatások célja az aprófalvak és külterületi vagy egyéb belterületi, valamint tanyasi lakott helyek helyzetéből, elsősorban az alacsony lakosságszámból és az elhelyezkedésből, intézményhiányból adódó hátrányok kiküszöbölése (Hoffman – Mattenheim 2016). További részletszabály, hogy a falugondnoki szolgáltatás 600 lakosnál kisebb, a tanyagondnoki szolgáltatás legalább 70 és legfeljebb 400 lakosságszámú külterületi vagy egyéb belterületi lakott helyen működtethető.

A Gyvt. szintén alkalmaz a lakosságszámot alapul vevő kötelező feladattelepítést, ahogy a 3. számú táblázat is mutatja a bölcsőde, a gyermekek átmeneti otthona és családok átmeneti otthona, mint feladat tekintetében. Ha a bölcsődei ellátásra az adott településen legalább öt gyermek tekintetében igény jelentkezik, vagy a település - jogszabályban

meghatározottak szerint megállapított - 3 év alatti lakosainak száma meghaladja a 40 főt, az önkormányzat köteles gondoskodni a gyermekek bölcsődei ellátásáról. A polgármesteri hivatalt működtető települési önkormányzat, a közös önkormányzati hivatal székhelye szerinti települési önkormányzat és a fővárosi kerületi önkormányzat, bizonyos esetben a fővárosi önkormányzat[21] lakosságszámtól függetlenül köteles gyermekjóléti szolgálatot fenntartani.

3. táblázat: Gyermekvédelmi feladatok megszervezésére köteles szervek

Feladatok megnevezése	Megszervezésre köteles szerv
bölcsőde	települési önkormányzat, melynek területén 10 000 főnél több állandó lakos él
bölcsőde gyermekek átmeneti otthona	települési önkormányzat, melynek területén 20 000 főnél több állandó lakos él
bölcsőde gyermekek átmeneti otthona családok átmeneti otthona	települési önkormányzat, melynek területén 30 000 főnél több állandó lakos él
gyermekjóléti szolgálat	települési önkormányzat fővárosi kerületi önkormányzat fővárosi önkormányzat
gyermekjóléti központ	járásszékhely település megyei jogú város önkormányzata fővárosi kerületi önkormányzat

Forrás: Saját szerkesztés a Gyvt. alapján

Az *egészségügyi alapellátás* keretében a települési önkormányzat feladata gondoskodni a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, és az iskola-egészségügyi ellátásról. Úgyszintén a települési önkormányzat hatásköre az alapellátási körzetek megállapítása és kialakítása. A jogszabály[22] továbbá lehetőséget ad több településre is kiterjedő ellátás nyújtására. Az egészségügyi alapellátási feladatok tekintetében tehát nincsen differenciált feladattelepítés lakosságszám vagy más kritérium alapján, azonban az egyes ellátás típusoknál a körzetek kialakítása meghatározott létszámhoz kötött. Új háziorvosi felnőtt körzet esetében például a 14 év felettiek számának 1200-1500 fő, míg új gyermekkörzet esetében a 0-14 év közöttiek számának 600-800 fő között kell lennie a hatályos finanszírozási szabályok[23] alapján. Az ügyelet megszervezése tekintetében a részletszabályokat a jogszabály[24] tartalmazza, mely szerint például fogorvosi ügyeleti ellátás szervezése a fővárosban, a megyeszékhelyen, valamint a megyei jogú

[21] A fővárosi önkormányzat által közvetlenül igazgatott terület tekintetében
[22] 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
[23] 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
[24] 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

városban legalább a heti pihenőnapokon és munkaszüneti napokon - legalább 6 órás rendelési időben - kötelező.

A *lakásügyi terület* tekintetében az Mötv. megfogalmazza, hogy a lakásgazdálkodás helyi közügy, tehát a települési önkormányzatok bérlakásokat tarthatnak fenn, amelyeket az állam adott át a fekvés szerinti önkormányzatoknak a rendszerváltás után. Az 1994-es lakások bérletéről szóló törvény bár meghatározza a lakásgazdálkodás kereteit, azonban az önkormányzatok viszonylag tág szabályozási jogkörrel rendelkeznek. Differenciált, vagy más szempont szerinti feladattelepítésről tehát a lakásügyi terület tekintetében nem beszélhetünk.

A *WHO Egészséges Városok Program* a települési önkormányzatok önként vállalt feladatai közé tartozik. Az Mötv. alapján a települési önkormányzat minden olyan helyi közügy önálló megoldását vállalhatja, amelyet a jogszabály nem utal más szerv kizárólagos hatáskörébe. Fontos részletszabály azonban, hogy az önként vállalt feladat ellátása nem veszélyeztetheti a törvény által előírt kötelező önkormányzati feladat- és hatáskör ellátását. Továbbá a finanszírozása is a saját bevételek vagy az erre a célra biztosított külön források terhére lehetséges. Mindezek alapján a WHO Egészséges Városok Program biztosítása az érintett települési önkormányzatok saját döntése, itt jogszabályból eredő feladattelepítési szabályokról nem beszélhetünk. Az alábbi 4. számú táblázatban látható a magyarországi Egészséges Városok Mozgalomban részt vevő települések neve és állandó lakosaik száma illusztrálva azt, hogy ezen önként vállalt feladat felvállalásának és biztosításának alapja nem feltétlenül az önkormányzat nagysága és a lakosok száma, hanem sokkal inkább például az egészség iránti elkötelezettség.

A feladattelepítés szempontjából vizsgált településtípusok közül az empirikus vizsgálataim során egy megyei jogú város, nevezetesen Győr egészségügyi és szociális szolgáltatástervezési modelljét vizsgálom részletesen.

4. táblázat: A magyarországi Egészséges Városok Mozgalom tagjai és állandó lakosaik száma

Település neve	Állandó lakosok száma (fő) 2021. január elsején
Baja	35 459
Békéscsaba	58 517
Budapest XIII. kerület	115 568
Győr	123 475
Gyula	29 854
Hódmezővásárhely	44 031
Kaposvár	61 948
Nagykanizsa	45 682
Pécs	145 468
Sopron	57 630
Székesfehérvár	95 093
Szentendre	28 604
Szigetszentmiklós	40 289
Szolnok	68 701
Szombathely	75 644
Zalakaros	2 718
Zalaszentgrót	6 306

Forrás: Saját szerkesztés a Belügyminisztérium Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárság adatai[25] alapján

5.2 Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellje

Az elméleti részben kifejtettem, hogy a feldogozott szakirodalom és a hatályos jogszabályok alapján mely feladatokat vizsgálom a humán közszolgáltatások köréből. Ezekből kiindulva alkottam meg Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modelljét, mely az alábbi négy pilléren nyugszik:

- *Szociális pillér*: a klasszikus szociális szolgáltatások (a Szoctv. meghatározása alapján), továbbá a gyermekjóléti szolgáltatások és ellátások,[26]
- *Lakásügyi pillér*: az önkormányzati tulajdonban lévő lakások hasznosítása, illetve lakáscélú támogatások (kivéve a piaci alapú lakásgazdálkodás),
- *Egészségügyi pillér*: az egészségügyi alapellátáshoz tartozó feladatok,
- *WHO Egészséges Városok Program pillér*: az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások.

A modell egyes pillérjeinek részletes vizsgálatára a következő alfejezetekben kerül sor.

[25] https://nyilvantarto.hu/letoltes/statisztikák/kozerdeku_lakosság_2021.xlsx letöltve: 2021.08.13.
[26] Az önkormányzati hatáskörben lévő pénzbeli és természetbeni ellátások szintén a helyi szociális ellátórendszer részét képezik, de nem sorolandók a szolgáltatások köré, így vizsgálatuk nem képezi a disszertáció részét.

5.2 Győri kutatási eredmények

Az empirikus vizsgálataim megalapozásához fontosnak tartottam egy rövid kitekintést tenni a korábban Győrben lezajlott tudományos kutatásokra, kutatási irányokra és eredményekre, melyek közvetlenül vagy közvetve kapcsolódnak az általam vizsgált területhez.

A győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell magas színvonalon való működtetésének alapja a város erős gazdasági bázisa. Győr város gazdaságának különböző aspektusokból való vizsgálata a tudományos érdeklődés középpontjában állt az elmúlt időszakban. Az elmúlt évek egyik legjelentősebb kutatása – a Győri Járműipari Körzet kutatás – keretében a vizsgálódások fókusza elméleti és gyakorlati síkon vizsgálta a dinamikusan fejlődő győri járműipar hatásait a város gazdaságára. Beazonosították többek között a győri gazdaság pályapontjai a rendszerváltástól napjainkig (Rechnitzer 2014), alapos vizsgálódások tárgyát jelentette a város jövőképének alakulása a stratégiai dokumentumok segítségével (Fekete 2014), valamint Győr forrásbevonási stratégiájának elemzése (Kovács 2014) is. Nem csak a győri gazdaság működése, hanem a győri gazdasági szereplők is tudományos elemzések tárgyát képeztek az elmúlt években. Ezen elemzések kitértek egyrészt a vállalatok nyitottságára (Czakó – Hajdu-Smahó 2014), másrészt feltérképezték a vállalatok kapcsolati hálóját (Reisinger 2014b), harmadrészt vizsgálták a gazdaságfejlesztési tevékenységet folytató szervezetek gazdasági fejlődéshez való hozzájárulását (Reisinger et al. 2017). A győri gazdaság szereplői közül az AUDI-t sem kerülték el a tudományos kutatások, egy kutatás az AUDI győri gazdaságra gyakorolt hatásait, társadalmi felelősségvállalását vizsgálja (Fekete 2018a), továbbá kitér a győri térség öt kis- és középvállalatának AUDI-s kapcsolódási pontjaira, melyet esettanulmányok keretében tár fel. A területi tőke fogalmából kiindulva is górcső alá került a város, e vizsgálódások alátámasztották, hogy a helyi gazdaság együttműködési rendszerei nagymértékben hozzájárulnak a város gazdaságának fejlődéséhez (Czakó – Dőry 2016). Rechnitzer (2016) a területi tőkét alapul véve mutatja be a Győr-kód mögött rejtőző helyi sajátosságokat a gazdasági, a kulturális és a társadalmi tőke szemszögéből. További vizsgálódások eredményeképpen azonosították és sokoldalú elemzés tárgyát jelentette a Győri Modell, melynek legfontosabb szereplői az egyetem, az ipar és a város (Rechnitzer et al. 2016). Ezen Győri Modell meghatározó szereplője az innovatív miliő kialakítására törekvő városvezetés, az aktív szerepet betöltő vállalkozások, valamint a kapcsolódó tudásbázis és oktatási, kutatás-fejlesztési intézményrendszer. Az együttműködési modell legújabb eredményeit mutatja be egy másik tanulmány (Fekete 2018d) is. A Győrben zajló folyamatok további vizsgálatai a gazdasági kormányzás felé való elmozdulást emelték

ki, annak helyi eszközeinek, legfontosabb jellemzőinek és szereplőinek elemzése során (2018b). További kutatások érintették a győri agglomerációt (Honvári 2014), valamint a város és vidéke kontextusban a győri térségben a térkapcsolatok elemzését (Szörényiné 2014). Egy másik kutatás pedig a lokális források szerepét hangsúlyozza ki Győr város forrásbevonási stratégiájának elemzésével (Kovács 2014). A város jövőbeli fejlődési irányait nagymértékben meghatározza a Modern Városok Program (Fekete, 2018c; Fekete, 2019), mely azonban kevésbé érintette az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes elemeit.

További, a szociálpolitikához kevésbé szorosan kapcsolódó kutatások is több irányból górcső alá vették a helyi, győri társadalom egyes szegmenseit. Míg *Róbert Péter* (2014) a győri lakosság társadalmi rétegződését és mobilitását vizsgálta, addig *Páthy Ádám* (2014) kutatásai a győri városrészek és lakóövezetek társadalmi tagozódását helyezte a vizsgálatok középpontjába, *Tóth és Ditrói* (2014) pedig a helyi társadalom további dimenzióit elemezte. A győri társadalmat vizsgálta három további kutatás az elmúlt időszakban újabb empirikus eredmények hozzáadásával. A kutatások kitértek a győri identitás és annak háttértényezőinek vizsgálatára (Bugovics 2014), feltérképezték a kapcsolati tőke bizonyos formáit Győr vonatkozásában (Csizmadia 2014b), valamint átfogó képet nyújtottak a győriek társadalmi részvételéről (Reisinger 2014a). A közszolgáltatások területi és szervezeti hatékonyságával és győri példákkal foglalkozott *Dusek* egyik kutatása (2014). A városkérdés és a módosult állami szerepfelfogás kutatása Győr példáján szintén izgalmas témaköre volt az elmúlt időszak tudományos vizsgálódásainak (Somlyódyné 2014).

A győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellhez szorosan kapcsolódva többek között a vizsgálatok tárgyát képezte a Győrben élők alapvető szükségleteinek feltérképezése, mely vizsgálat tudományos eredményei segítséget tudnak nyújtani a város humánszolgáltatásokat nyújtó intézményrendszerének a szükségletek alakulásának felismerésében és új megoldások, válaszok megfogalmazásában (Nárai 2014a). A humán szükségletek feltérképezése során további kutatások irányultak a magasabb rendű aktivitási szükségletek vizsgálatára is, ahol empirikusan is alátámasztották, hogy egy prosperáló térségben, így Győrben is jelen vannak az egyenlőtlenségek és az alapvető szükségletek kielégítetlensége gátolja a magasabb szintű szükségleteknek nemcsak a kielégülését, hanem sok esetben a felmerülését és felismerését is (Nárai 2014b). Mindezek új irányokat, kihívásokat jelentenek a helyi szociális ellátórendszer számára. A helyi szociális ellátórendszer működése számos állami, önkormányzati és magánszektorhoz kapcsolódó intézmény, szervezet szoros együttműködését teszi szükségessé, mely együttműködések feltérképezése, beazonosítása több kutatás tárgyát is képezte az elmúlt időszakban Győr

városában (Budai 2014; Budai - Puli 2014). A győri várostérség tágabb vonzáskörzetében tevékenykedő szociális feladatokat ellátó intézmények belső, egymás közti, és kifelé, más intézmények felé mutató együttműködési kapcsolatait elemezte *Csizmadia* is (2014). A helyi egészségügyi ellátórendszerrel összefüggésben Győr lakosságának egészségi állapota és az ezzel kapcsolatos attitűdök térségi sajátosságainak elemzése is a tudományos vizsgálódások tárgyát képezték (Kovácsné 2014).

5.3 Szociális pillér

1990 után a győri szociálpolitikát is alapjaiban határozta meg az a törvényalkotási folyamat, melynek keretében megalkották az önkormányzati törvényt (Ötv.), ami a helyi közszolgáltatások körében a települési önkormányzat feladataként jelöli meg a szociális ellátásról való gondoskodást, melynek keretében a települési önkormányzat köteles gondoskodni többek között a szociális alapellátásról. A szociális ágazat meghatározó jogszabályának megalkotására 1993-ban[27] került sor, míg 1997-ben fogadták el a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvényt[28]. Helyi szinten jelenleg a szociális igazgatás és szociális ellátások helyi szabályozásáról szóló 5/2015. (II.27.) önkormányzati rendelet[29] hatályos, mely rendelet megalkotását 1993-tól írja elő a szociális törvény. Győr város önkormányzatának szociális feladatait jelenleg egyrészt az önkormányzati törvény, valamint részletesen a szakági jogszabály, a szociális törvény jelöli ki. A 2011-ben megalkotott új önkormányzati törvény (Mötv.) a helyi önkormányzati feladatok körébe sorolja a szociális szolgáltatások és ellátások mellett a gyermekjóléti szolgáltatásokat és ellátásokat, valamint az önkormányzat közigazgatási területén hajléktalanná vált személyek ellátásának, rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítását is. Jelenleg Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata a klasszikus (szociális törvényben is szereplő) csoportosítás szerint kötelező és önként vállalt feladatokat lát el a szociális alapszolgáltatások, a szakosított ellátások, valamint a pénzbeli és természetbeni ellátások keretein[30] belül. Az utóbbi csoporthoz sorolhatjuk a rendkívüli települési támogatást, a köztemetést és gyermekétkeztetést, valamint a sokkal inkább hatáskörként, mintsem feladatként definiálható, a jegyző hatáskörébe utalt rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre való jogosultságot, valamint a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzet fennállásának megállapítására vonatkozó hatáskört. A konkrét feladatokat az alábbi 5. számú táblázat foglalja össze.

---

[27] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
[28] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
[29] 5/2015. (II.27.) GYMJVÖ rendelet a szociális igazgatás és szociális ellátások helyi szabályzásáról
[30] Az utóbbi feladatokkal – a pénzbeli és természetbeni ellátásokkal – nem foglalkozom részleteiben a vizsgálódásaim során.

5. táblázat: Győr Önkormányzata által ellátott kötelező és önként vállalt feladatok a szociális pillér keretében

Kötelező feladatok
Étkeztetés
Házi segítségnyújtás
Családsegítés
Idősek nappali ellátása
Fogyatékosok nappali ellátása
Pszichiátriai betegek nappali ellátása
Szenvedélybetegek nappali ellátása
Nappali melegedő
Időskorúak átmeneti gondozóháza
Éjjeli menedékhely
Hajléktalan személyek átmeneti gondozóházának fenntartása
Idősek otthonának fenntartása
Hajléktalanok otthonának fenntartása
Hajléktalanok rehabilitációs otthonának fenntartása
Gyermekjóléti szolgáltatás
Gyermekjóléti központ
0-3 éves gyermekek napközbeni ellátása
Gyermekek átmeneti ellátása
Családok átmeneti ellátása
Rendkívüli települési támogatás
Köztemetés
Nem állami vagy önkormányzati bérlakások lakbértámogatásával kapcsolatos ügyek
Önkormányzati bérlakások lakbértámogatásával kapcsolatos ügyek
Gyermekétkeztetés
Szünidei gyermekétkeztetés
Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre való jogosultság megállapítása
Hátrányos és halmozottan hátrányos helyzet megállapítása
Önként vállalt feladatok
Utcai szociális munka
Támogató szolgáltatás
Települési támogatás – lakhatási támogatás
Települési támogatás – gyógyszertámogatás
Települési támogatás – ápolási támogatás
Települési támogatás – nevelési támogatás
Települési támogatás – adósságkezelési támogatás
Idősek garzonházában ügyeleti szolgálat működtetése

Forrás: Saját szerkesztés az 1993. évi III. törvény és a 5/2015. (II.27.) GYŐRMJVÖ rendelet alapján

A győri önkormányzat szerepvállalását a helyi szociális közszolgáltatások biztosításában a helyi szociális dokumentumok, valamint a helyi stratégiai dokumentumok elemzése segítségével mutatom be.

5.3.1 A győri szociálpolitika múltja

A város szociálpolitikája nem 1990-ben vette kezdetét, 1990 előtt is megfigyelhetők voltak a települési szociális gondoskodás gyökerei, melyből néhány fontosabb történeti mozzanatot emelek ki a teljesség igénye nélkül (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). 1952-ben nyitotta meg kapuit a Jósika úti bölcsőde, 1956-ben hozták létre Győrben az Anya- Csecsemő és Gyermekotthont. 1968-ban a helyi szociális ellátórendszer első intézményeként nyílt meg a Rózsa Ferenc utcai Idősek Klubja, ahol a következő évben megnyitotta kapuit az első idősek otthona is. 1972-ben alakult meg a Területi Gondozószolgálat, míg a Kálóczy téri Idősek Otthonát 1980-ban adták át, mely évben egyúttal a szociális intézmények (Területi Gondozószolgálat, Idősek Klubjai, Idősek Otthonai) integrációjára is sor került és létrejött egy integrált intézmény, az Egyesített Szociális Intézmény. Utóbbi intézmény keretén belül 9 év múlva kezdte működését az Értelmi Fogyatékosok Napközi Otthona, valamint integráltan önálló szakmai egységként a Családsegítő Szolgálat. 1982-ben alakult meg a Szociális Foglalkoztató, melyet megváltozott munkaképességű és szociálisan rászorult munkavállalók foglalkoztatásának elősegítése érdekében hoztak létre. Összefoglalva megállapítható, hogy az 1990 előtti győri szociálpolitikának meghatározó eleme a szociális védőháló kiterjesztése, a város által ellátott szociális feladatok, szolgáltatások körének bővítése, majd integrált intézményben való megszervezése. Az ellátott feladatok célcsoportjai az idősek, a gyermekek és a családok, a fogyatékossággal élők, valamint megváltozott munkaképességű, illetve szociálisan rászorult munkavállalók voltak.

5.3.2 A szociális pillér dokumentumainak vizsgálata

A győri szociálpolitika áttekintő általános elemzésének módszertanaként alapvetően a dokumentumelemzés, továbbá az adatgyűjtés és ezen adatok elemzése szolgált. A dokumentumelemzés alapját az alábbi, 6. táblázatban foglalt szociálpolitikai dokumentumok vizsgálata és elemzése jelentette. A szociálpolitikai dokumentumok részletes elemzése egy külön tanulmány formájában is megjelent (Laczkovits-Takács 2019b).

6. táblázat: A szociális pillér dokumentumai

Dokumentum elnevezése	Elfogadás éve
Szolgáltatástervezési Koncepció Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata szociális szolgáltatási feladataira	2003
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2005
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2007
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2009
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2011
Helyi Esélyegyenlőségi Program (2013-2017)	2013
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2013
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2015
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2017
Helyi Esélyegyenlőségi Program (2018-2023)	2018
Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata	2019

Forrás: saját szerkesztés

Szociális területen elmondható, hogy az 1990 és 2001 közötti időszakban helyi szintű stratégiai tervezés gyakorlatilag nem létezett (Bói et al. 2009). Azonban meg kell említeni, hogy Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Egészségügyi és Szociális Bizottsága 1995. március 29-én tárgyalta az önkormányzat a *2000-ig szóló szociálpolitikai koncepcióját*[31], mely Közgyűlés elé nem került. A dokumentum sorra veszi és bemutatja a város szociális intézményeit, azok feladatait, illetve megfogalmazza a megoldásra váró feladatokat is. A koncepció alkotói kihangsúlyozzák, hogy a város lakossága igényli a személyes gondoskodás különféle formáit, így az önkormányzat felismerve a jelenlévő szükségleteket új ellátásokat szervezett meg az 1993. évi szociális törvény megalkotása óta. A továbbfejlesztéshez, a magasabb szintű gondoskodáshoz elsődlegesen az intézményes háttér biztosít alapot. A *Családsegítő Szolgálat* esetében megfogalmazásra kerül az egyes központok szakmai stílusának megteremtése iránti igény, melynek alkalmazkodni kell az egyes területen jelentkező lakossági szükségletekhez. A koncepcióban előtérbe kerül továbbá az intézmény hatékonyabb részvétele a prevenciós tevékenységekben, valamint az intézményhez tartozó Csecsemőotthonban fontos prioritásként jelenik meg a további lehetőségek megteremtése, hogy az anyák gyermekeikkel együtt kaphassanak segítséget. A *Hajléktalanokat Segítő Szolgálat*nál szükséges a meglévő struktúra finomításával a differenciált ellátás továbbfejlesztése, az intézmény egy részének rehabilitációs intézménnyé alakítása, valamint a Szolgálathoz tartozó krízislakások további 20 lakással való bővítése. Az *idősgondozás* területén megjelenik az igény egy emelt szintű otthon kialakítására. A házi segítségnyújtás keretében a város kevésbé ellátott városrészeiben – úgy, mint Bácsa és Újváros – szükséges

[31] Egészségügyi és Szociálpolitikai koncepció megvitatása – Szociális és Egészségügyi Bizottság javaslata, 1995. március 29.

legalább 2–3 gondozási központ létrehozása. Az *értelmi fogyatékosok napközi otthona* 25 férőhelyes, melynek bővítését javasolja a koncepció legalább 10 fővel. A *szociális étkeztetés*ben kitűzött cél az étkeztetésben részesülők számának növelése, illetve az ételt elvinni nem képes emberek számára az étkeztetés megoldása szállítással. A *helyi szociális ellátórendszer*rel kapcsolatban általános feladatként jelenik meg a helyi szabályozás folyamatos alakítása az aktualitásokhoz, a lakossági hátralékkezelés új alternatíváinak kidolgozása, illetve egy olyan kiadvány készítése, mely segít eligazodni a helyi ellátások rendszerében. A koncepció készítői továbbá úgy ítélik meg, hogy a város még mindig sokat költ párhuzamos ellátásokra, így szükségesnek tartják a szorosabb együttműködést a különböző intézmények és ellátási formák között. A sokoldalúbb és magasabb szintű feladatellátás érdekében át kell gondolni az ellátási szerződés vagy megállapodás keretében történő együttműködést nem állami szereplőkkel.

Szociális szolgáltatástervezési koncepciók

A helyi szintű stratégiai tervezés szociális területen a szociális törvény 2001. évi módosításával[32] indult el, mely az ellátási kötelezettség részeként előírta, hogy a legalább 2000 lakosú települési önkormányzat a szociálisan rászorult személyek részére biztosítandó szolgáltatási feladatok meghatározása érdekében szolgáltatástervezési koncepciót készít. A jogszabályi előírásnak megfelelően a győri önkormányzat 2003-ban készítette el első szolgáltatástervezési koncepcióját (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat) a szociális feladatok tekintetében, melyet kétévente felülvizsgálnak. A koncepció tartalmazza[33] különösen a lakosságszám alakulását, a korösszetételt, a szolgáltatások iránti igényeket, az ellátási kötelezettség teljesítésének helyzetét, az ütemtervet a szolgáltatások biztosításáról, a szolgáltatások működtetési, finanszírozási, fejlesztési feladatait, az esetleges együttműködés kereteit, az egyes ellátotti csoportok, így az idősek, fogyatékossággal élő személyek, hajléktalan személyek, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek sajátosságaihoz kapcsolódóan a speciális ellátási formák, szolgáltatások biztosításának szükségességét. A megyei jogú város koncepciója mindezeken túl tartalmazza a megye területén működő szolgáltatási rendszer struktúráját, legfontosabb jellemzőit, a szolgáltatások iránti igények alakulását, a várakozók számát, korösszetételét, legfontosabb szociális jellemzőit, valamint a szolgáltatások iránt jelentkező szükségletek alapján az intézményrendszer korszerűsítésének irányait.

[32] 2001. évi LXXIX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról

[33] 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

A 2003 és 2019 között kétévente felülvizsgált és elfogadott kilenc Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció vizsgálatát, összehasonlítását több témakör mentén végeztem el. Külön alfejezet foglalkozik a győri önkormányzat kötelező és önként vállalt feladatainak ellátásával, annak változásaival, elemzés tárgyát képezi a feladatellátásban részt vevő szereplői kör, továbbá a területet érintő fejlesztések alapelveinek, valamint az általános és speciális célok rendszerének vizsgálata a szociális területen.

5.3.3 Kötelező és önként vállalt feladatok

Az első témakör a város által a meghatározott időszakokban ellátott kötelező és önként vállalt feladatokkal, valamint a kötelező feladatok közül el nem látott feladatokkal és a releváns jogszabályi változásokkal foglalkozik. A kötelező feladatok tekintetében külön megnéztem, hogy a szolgáltatástervezési koncepciók készítésekor hány kötelező feladat ellátását írta elő a jogszabály a helyi önkormányzat számára egy megyei jogú város esetén.

A 2003-as, első koncepció készítésekor 20 feladatot volt köteles ellátni az önkormányzat, melyeket a szociális törvény írt elő, két évvel később viszont már 27 feladat ellátásával kellett számolni, ugyanis a szociális törvényben megjelölt feladatokon túl, már a gyermekvédelmi törvény által megjelölt gyermekjóléti és gyermekvédelmi feladatok – így a gyermekjóléti szolgáltatás, a gyermekjóléti központ, bölcsőde, gyermekek átmeneti otthona és a családok átmeneti otthona[34] – is szerepeltek a koncepcióban. Valamint a kötelező feladatok körébe került két ápolást, gondozást nyújtó intézmény (idősek otthona, hajléktalanok otthona) fenntartása, továbbá egy rehabilitációs intézmény működtetése is (Hajléktalan Személyek Rehabilitációs Intézménye). 2005 után a kétévenkénti felülvizsgálatok eredményei alapján megállapítható, hogy folyamatosan csökkent az önkormányzat által kötelezően ellátandó feladatok száma, így 2007-ben 26, 2009-ben 25, 2011-ben 24 kötelező feladat címzettje volt a város önkormányzata. A kötelező feladatok csökkenő száma a jogszabályi változásokra vezethető vissza. Egyrészt a szociális információs szolgáltatás megvalósult a Családsegítő Szolgálat keretein belül, de egyúttal 2007. január 1-jétől kikerült a kötelezően ellátandó szolgáltatások köréből. Másrészt a támogató szolgáltatás 2009. január 1-jétől, harmadrészt a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 2010. január 1-jétől került ki a kötelező feladatok köréből. 2013-ra tovább csökkent az önkormányzat által ellátandó kötelező feladatok száma 19-re, ugyanis az utcai szociális munka 2012. január elsejével került ki a kötelező feladatok közül, 2013. január 1-jével az állam átvette a korábban az önkormányzat által működtetett fogyatékosok átmeneti gondozóházát, valamint szintén állami feladat lett a korábban nem

[34] E feladatok már a korábbi koncepció készítésekor is az önkormányzat kötelező feladatai közé tartoztak, de a koncepcióban nem szerepeltek.

biztosított pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek átmeneti gondozóházának működtetése. Továbbá a gyermekvédelmi szakellátás keretében otthont nyújtó és utógondozói ellátást mint kötelező feladatot is átadták 2013. január 1-jével az államnak (az Anya-, Csecsemő és Gyermekotthonnal együtt). A 2013. január 1-jei jelentős átszervezéseket követően a szociális szolgáltatási rendszerben struktúrát érintő változás nem történt, a kötelezően ellátandó feladatok száma nem változott (191/2017. (XI.22.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

A győri önkormányzat által önként vállalt feladatok katalógusát a Szociális Szolgáltatástervezési Koncepciók készítésének éveiben a 7. számú táblázat mutatja. Összességében elmondható, hogy Győr városa a vizsgált időszakban mindvégig látott el önként vállalt feladatokat. 2003-ban három önként vállalt feladatot látott el, melyek 2004. január 1-jétől a kötelező feladatok közé kerültek. Gyermekvédelmi szakellátás keretében az önkormányzat több évig önként vállalt feladatként látta el az otthont nyújtó ellátást, mely végül 2009. január 1-jétől kötelező feladat, majd 2013. január 1-jével állami feladat lett. A támogató szolgáltatás 2009. január 1-jétől került ki a kötelező feladatok köréből, azonban az ellátás fontosságára és a szükségletekre való tekintettel azóta is önként vállalt feladatként kerül ellátásra a városban, mely szolgáltatás Győr-Moson-Sopron megyei működési tapasztalataival egy tanulmány keretében részletesen foglalkozott *Soós Zsolt* (2013). A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 2010. január 1-jétől szintén kikerült az önkormányzat kötelezően ellátandó feladatai közül, de szakmai indokoltsága miatt – mely szerint az idősek számára olyan szolgáltatásokat kell nyújtani, ami lehetővé teszi, hogy minél tovább a saját otthonukban maradhassanak – az önkormányzat pályázati finanszírozással továbbra is biztosította a szolgáltatást az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézményen keresztül. Azonban 2013. július 1-jétől e szolgáltatás biztosítása is állami feladat lett, mely a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság feladatkörébe került, aki egy feladatellátási megállapodás alapján továbbra is az önkormányzat közreműködésével látja el a feladatot. Az önként vállalt feladatok tekintetében fontos kiemelni, hogy az utcai szociális munka biztosításához az Önkormányzat évente 4,5 millió, míg a támogató szolgáltatás működtetéséhez évente 2 millió forinttal járul hozzá (179/2019. (XII.19.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

7. táblázat: Győr Önkormányzatának önként vállalt feladatai a szociális pillér keretében

Győr MJV Önkormányzata által önként vállalt feladatok	Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció készítésének/felülvizsgálatának éve
Idősek otthonának fenntartása Hajléktalanok otthonának fenntartása Hajléktalan Személyek Rehabilitációs Intézményének fenntartása	2003
Gyermekvédelmi szakellátás – otthont nyújtó ellátás Szociális foglalkoztatás	2005
Gyermekvédelmi szakellátás – otthont nyújtó ellátás	2007
Támogató szolgáltatás	2009
Támogató szolgáltatás Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	2011
Utcai szociális munka Támogató szolgáltatás Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	2013
Utcai szociális munka Támogató szolgáltatás	2015
Utcai szociális munka Támogató szolgáltatás	2017

Forrás: Saját szerkesztés a Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció és felülvizsgálatuk (2003-2019) alapján

2003-ban Győr városa nyolc jogszabály által előírt kötelező feladatot nem biztosított, köztük három szociális alapellátási feladatot (közösségi pszichiátriai ellátás, támogató szolgálat, szenvedélybetegek részére szolgáltatás nyújtása), valamint öt szakellátási feladatot (fogyatékosok nappali, szenvedélybetegek nappali és átmeneti, valamint a pszichiátriai betegek nappali és átmeneti ellátása). A következő felülvizsgálati évre, 2005-re a hiányzó ellátások megvalósításában előrelépés nem történt, hanem 10-re növekedett az ellátatlan feladatok száma, ugyanis új feladatként megjelenik az utcai szociális munka, valamint a gyermekjóléti központ működtetése. A következő vizsgált években az ellátatlan feladatok számának folyamatos csökkenése figyelhető meg. Míg 2007-ben hat, 2009-ben négy, 2011-ben három hiányzó ellátásról beszélhetünk, melyek hátterében a következők állapíthatóak meg: a szociális információs szolgáltatás megvalósult a Családsegítő Szolgálat keretein belül, a támogató szolgáltatás biztosítására ellátási szerződés keretében került sor 2007. január 1-jétől, a Gyermekjóléti Szolgálat pedig 2006. január 1-jével átalakult Gyermekjóléti Központtá. 2007. december 1-jével megkezdte működését a fogyatékossággal élők nappali és átmeneti ellátása. 2013-ban már csak egy kötelező feladat ellátatlan Győrben, a szenvedélybetegek nappali ellátása, ugyanis a pszichiátriai betegek átmeneti gondozóháza és a szenvedélybetegek átmeneti gondozóháza kikerül az önkormányzatok kötelező feladatai közül. A hiányzó kötelező feladatot 2018-ban tudták ellátni és a szenvedélybetegek nappali ellátását a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület közreműködésével (20/2018. (II.23.)

GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az el nem látott, kötelező feladatokat az alábbi, 8. számú táblázat tartalmazza.

8. táblázat: Győr Önkormányzata által nem ellátott, kötelező feladatok a szociális pillér keretében

Győr MJV Önkormányzata által nem ellátott, kötelező feladatok	**Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció készítésének éve**
Közösségi pszichiátriai ellátás Támogató szolgálat Szenvedélybetegek részére szolgáltatás nyújtása Fogyatékos személyek átmeneti gondozóháza Pszichiátriai betegek átmeneti gondozóháza Szenvedélybetegek átmeneti gondozóháza Pszichiátriai betegek nappali ellátása Szenvedélybetegek nappali ellátása	2003
Szociális információs szolgáltatás Közösségi ellátások Támogató szolgálat Utcai szociális munka Fogyatékos személyek átmeneti gondozóháza Pszichiátriai betegek átmeneti gondozóháza Szenvedélybetegek átmeneti gondozóháza Pszichiátriai betegek nappali ellátása Szenvedélybetegek nappali ellátása Gyermekjóléti központ	2005
Közösségi ellátások Utcai szociális munka Pszichiátriai betegek átmeneti gondozóháza Szenvedélybetegek átmeneti gondozóháza Pszichiátriai betegek nappali ellátása Szenvedélybetegek nappali ellátása	2007
Pszichiátriai betegek átmeneti gondozóháza Szenvedélybetegek átmeneti gondozóháza Pszichiátriai betegek nappali ellátása (folyamatban) Szenvedélybetegek nappali ellátása	2009
Pszichiátriai betegek átmeneti gondozóháza Szenvedélybetegek átmeneti gondozóháza Szenvedélybetegek nappali ellátása	2011
Szenvedélybetegek nappali ellátása	2013
Szenvedélybetegek nappali ellátása	2015
Szenvedélybetegek nappali ellátása	2017

Forrás: Saját szerkesztés a Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció és felülvizsgálatuk (2003-2017) alapján

Összességében fontos megjegyezni, hogy a kötelező és önként vállalt feladatok számbeli alakulásának hátterében a legmeghatározóbb, már korábban is említett tényező az ágazati jogszabályok folyamatos változása a jogalkotó döntése alapján, melyhez az önkormányzati feladatellátás is rugalmasan igazodott, alkalmazkodott. A 2010 utáni változások hátterében egyértelműen tetten érhető az új államfilozófia, melynek

középpontjában az állami szerepvállalás növekedése áll, ami szolgáltatásszervezési centralizációval párosul. Az önkormányzat önként vállalt feladatainak ellátásával kapcsolatban pedig fontos kiemelni, hogy meghatározó tényezőként a felismert helyi igények és szükségletek kielégítése azonosítható, melyhez a gazdasági ereje lévén az önkormányzat saját forrást is tudott rendelni, de itt minden esetben politikai döntésről beszélhetünk, ami nem ad lehetőséget a tudományos elemzésre. Jó győri gyakorlatként azonosítható, hogy a vizsgált időszakban az önkormányzat szerepvállalása a szociális területen nem csupán arra irányult, hogy az ágazati jogszabályban előírt, kötelező feladatokat biztosítsa a lakosai számára, hanem mindvégig meghatározó volt, hogy önként vállalt feladatokat is ellátott, szélesebb helyi lakossági igényeket kielégítve mindezzel[35]. Mindez azt is jelentette, hogy ezen feladatok finanszírozását szintén az önkormányzat biztosította, amivel anyagi téren is komoly helyi szerepvállalást tanúsított és ez egyben utal a szociálpolitika meghatározó helyére, szerepére a városi szakpolitikák sorában. Az önkormányzat által jogszabályban előírt, de nem ellátott feladatokat tekintve szintén egy pozitív fejlődés figyelhető meg a vizsgált időszakban, hiszen folyamatosan csökken az el nem látott feladatok száma, 2018-ban az utolsó, hiányzó feladat is ellátták a városban. Több interjúalany is helyi sajátosságként értékelte, hogy Győrben nem elégedtek meg a jogszabályi kötelezettségek teljesítésével, hanem ezen felül számos, a szolgáltatások hatékonyságát segítő, innovatív megoldást dolgoztak ki, ami esetenként önként vállalt feladatok formájában öltött testet.

5.3.4 Az önkormányzati feladatellátásban résztvevő szereplői kör

A második témakör, melynek mentén vizsgálódtam a koncepciókat alapul véve, az önkormányzati feladatellátásban részt vevő szereplői kör. Győr város önkormányzata a törvényben előírt kötelezettségének döntő részben saját fenntartású intézményein keresztül tesz eleget. Az intézmények három nagy tevékenységi mezőt ölelnek fel, az egészségügyi, a szociális és a gyermekvédelmi, gyermekjóléti ellátás feladatrendszerét. Az intézmények strukturális együttlétének okait az alábbi pontokban lehet megfogalmazni (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat):

- a hagyományok erőssége,
- az ágazati szellemiség meghatározó jelenléte,
- az alapellátások együttműködése, esetenként integrált keretek közötti megszervezése,
- a humán források jobb kihasználása,
- a szakmaközi helyzetek átgondoltabb megoldása,

[35] Mindezt több interjúalany is kulcstényezőként említette a válaszaiban a győri modell kapcsán.

- a pályázati források összefogása, a támogatott projektek egymásra épülése,
- a lehetséges modell-kísérletek magas szintű kimunkálása és az eredmények nyomon követése.

Az alábbiakban a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi feladatok ellátásban szerepet vállaló intézményi háttér és annak változásai kerülnek bemutatásra és elemzésre.

Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény

Az intézmény jogelődjének, az Egyesített Szociális Intézménynek az alapítására 1980-ban került sor, mellyel az országban elsők között jött létre szociális ellátások biztosítására integrált intézmény (Ráczné 2005). Az intézmény az évek folyamán folyamatosan bővült, átalakult, az idősellátás mellett volt olyan időszak, hogy feladatai közé tartozott a bölcsődék, a családsegítő központok működtetése, de tevékeny szerepet vállalt a hajléktalanok ellátásában is. 2005. január 1-jével az Egészségügyi Alapellátás intézménybe való integrálására került sor, mely révén ma is az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény látja el a városi egészségügyi alapellátás feladatait (475/2004. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Napjainkban az intézmény a lakossági igényeknek, szükségleteknek megfelelően személyre szabott, differenciált szakmai munkával látja el a város idősgondozásával összefüggő szociális alapszolgáltatási és szakellátási, továbbá a fogyatékossággal élő személyek ellátásával összefüggő szociális alapszolgáltatási feladatokat. Az intézmény Győr Megyei Jogú Város közigazgatási területén biztosítja az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, az idősek és fogyatékossággal élők nappali ellátását. Az alapszolgáltatások megszervezése és irányítása gondozási központokon keresztül valósul meg, minden központ meghatározott ellátási területtel rendelkezik. A nappali ellátás keretében az intézmény működteti a Fogyatékosok Napközi Otthonát és 12 idősek klubját. Az Otthon utcai idősek klubjának bővítése és átalakítása révén 28 fő ellátására alkalmas demens centrum kezdte meg működését 2017-ben. A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, ahogy korábban már írtam, 2013. július 1-jétől nem önkormányzati feladat, azonban feladatellátási megállapodás keretében továbbra is az intézményen keresztül kerül biztosításra Győr Megyei Jogú Város közigazgatási területén és Abda, Bőny, Dunaszeg, Dunaszentpál, Gönyű, Győrújbarát, Győrújfalu, Győrzámoly, Ikrény, Kunsziget, Mezőörs, Pér, Rétalap, Vámosszabadi települések közigazgatási területén. A szakosított ellátások keretében az intézmény a város négy pontján biztosít idősek számára tartós bentlakásos és két helyszínen átmeneti elhelyezést nyújtó ellátást.

Hajléktalanokat Segítő Szolgálat

A győri hajléktalan ellátás a kezdeti időszakban a Családsegítő Szolgálat keretein belül folyt (Polgár–Kálé 2012). A Hajléktalanokat Segítő Szolgálat, mint önálló intézmény 1994. január 1-jével kezdte meg működését és látja el Győr közigazgatási területén élő hajléktalan személyeket. Az intézmény az ellátás javítása érdekében az országban elsőként alakított ki saját, speciális igényeket kielégítő orvosi rendelőt, ahol háziorvosi, pszichiátriai és bőrgyógyászati szolgáltatások vehetők igénybe (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Ma az intézmény a következő szociális szolgáltatásokat biztosítja:

- szociális étkeztetés,
- népkonyha,
- hajléktalanok nappali ellátása,
- hajléktalanok átmeneti ellátása,
- hajléktalanok rehabilitációs ellátása,
- ápolást-gondozást nyújtó hajléktalanok otthona,
- orvosi ellátás,
- időszakos éjjeli menedékhely.

Ma már az intézmény keretein belül működik a hajléktalan személyek éjszakai pihenését, időleges tartózkodását, szociális és mentális gondozását biztosító Hajléktalanok Átmeneti Szállása, mely 1992-ben nyílt meg. A hajléktalan ellátás 1997-ben bővült a Hajléktalanok Otthona és a Hajléktalanok Rehabilitációs Otthona megnyitásával. Míg az előbbi szolgáltatás egy tartós bentlakásos ellátás, idős, illetve beteg embereknek nyújt ápolást és gondozást, addig az utóbbi az aktív, munkaképes korú, egészségi, pszichés és szociális állapotában visszafordítható módon károsodott hajléktalan személyek elhelyezését szolgálja, ahol a komplex rehabilitációs program 3–5 év alatt zajlik le és a program fontos részét képezi az ellátottak munka világába való visszavezetése.

Család- és Gyermekjóléti Központ

A családsegítés egy családcentrikus, rendszerszemléletű személyes gondoskodási forma, melynek ellátására Győr városában 1989-ben jött létre a Családsegítő Szolgálat, az Egyesített Szociális Intézményhez integráltan, önálló szakmai egységként. A Családsegítő Szolgálat 1992-ben alakult önálló gazdálkodással és bérgazdálkodással rendelkező költségvetési intézménnyé, ekkor még integrált részeként működött az anya-, csecsemő és gyermekotthoni ellátás, mely végül 1996-ban vált ki az intézményből. 1997-től a szolgálat keretei között működik a gyermekjóléti szolgáltatás is (327/2011. (XII.16.) GYŐR MJV Kgy.

sz. határozat). 2006. január 1. óta pedig Gyermekjóléti Központként látja el feladatait. 2015-ben zajlottak le a legutóbbi változások, melynek eredményeképpen 2016. január elsejétől Család- és Gyermekjóléti Központként működik az intézmény (212/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), mely Győr városában élőknek alapszolgáltatást nyújt, valamint járásközponti szerepet tölt be a gyermekek védelembe vételével kapcsolatos hatósági munka tervezése, a gyámhivatallal való kapcsolattartás és a speciális szolgáltatások területén. Az intézmény feladatellátása három részre strukturálódik. A klasszikus családsegítést, valamint a gyermekvédelmi alapszolgáltatási feladatokat az Alapszolgáltatási Csoport családsegítői végzik. A Hatósági Csoporthoz tartozó esetmenedzserek a gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó, hatósági intézkedést megelőző és követő segítő, valamint koordináló tevékenységet végzik. A Speciális Csoport tanácsadói célorientált problémamegoldó tevékenységet folytatnak interperszonális segítségnyújtás formájában.

Egyesített Bölcsődei Intézményhálózat

Az Egyesített Bölcsődei Intézményhálózat 1998. január 1-jével vált ki az Egyesített Szociális Intézményből és kezdte meg munkáját önálló intézményként. A bölcsőde a gyermekjóléti alapellátás része, a családban nevelkedő három éven aluli gyermekek napközbeni ellátását, szakszerű nevelését és gondozását biztosító intézmény. Az intézményhálózat jelenleg 13 bölcsődén keresztül látja el feladatát Győr közigazgatási területén, valamint ellátása kiterjed 26 Győr környéki község közigazgatási területére is.

Az önkormányzat saját intézménye általi feladatellátás erősségeként kiemelhetjük az önkormányzati tapasztalatokat az intézményi struktúra létrehozásában, működtetésében, az intézményi költségvetés megállapításával a stabilitás biztosítását, valamint az önkormányzatnál évek alatt felhalmozódott szakmai tőkét (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

A szociális törvény 91. § (1) bekezdése alapján a helyi önkormányzat ellátási kötelezettségének a szociális szolgáltatást nyújtó szolgáltatót, intézményt működtető fenntartóval létrejött – a szociális szolgáltatás nyújtásának a helyi önkormányzattól vagy társulástól történő átvállalásról szóló – 90. § (4) bekezdése szerinti megállapodás, illetve ellátási szerződés megkötésével is eleget tehet. Jelenleg Győr város önkormányzata a 9. táblázatban megjelölt szervezetekkel rendelkezik ellátási szerződéssel. Az ellátott feladatok tekintetében fontos megjegyezni, hogy az önkormányzat kötelező feladatai közé a fogyatékossággal élő személyek nappali ellátása, a gyermekek és családok átmeneti ellátása, a

pszichiátriai betegek nappali ellátása, valamint a szenvedélybetegek nappali ellátása tartozik, a többi önként vállalt feladat.

9. táblázat: Győr Önkormányzatának ellátási szerződéssel ellátott feladatai a szociális pillér keretében

Szervezet megnevezése	Ellátott feladat	Feladatellátás kezdete
Magyar Máltai Szeretetszolgálat	Halmozottan fogyatékos személyek nappali ellátása	2000. március 1.
Szent Cirill és Method Alapítvány	Gyermekek és családok átmeneti ellátása	2001. február 1.
„Szentlélek" Templom és Otthonfenntartó Alapítvány	Idősek garzonházában ügyeleti szolgálat működtetése	2003. október 1.
Magyar Máltai Szeretetszolgálat	Támogató szolgáltatás	2007. január 1.
Segítőház Alapítvány	Utcai szociális munka	2008. január 1.
Baptista Szeretetszolgálat	Pszichiátriai betegek nappali ellátása	2010. június 15.
Magyar Máltai Szeretetszolgálat	Szenvedélybetegek nappali ellátása	2018. május 2.

Forrás: Saját szerkesztés a 191/2017. (XI.22.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat és a 20/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat alapján

A koncepciókban továbbá hangsúlyosan jelent meg, hogy a városban szép számban működnek egyházi és nem állami fenntartók, melyeknek többsége nagy hagyományokkal és szakmai tapasztalatokkal rendelkezik (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Továbbá a város fontosnak tartja a civil szervezetekkel való együttműködést és számít a civilek közreműködésére, ugyanis ezáltal erősödik a szociális szolgáltatások területén a civil kontroll és a civilek szerepvállalása is hozzá tud járulni a város lakosságának közérzetjavításához[36]. A civil szervezetekkel való együttműködés a jövőben is hangsúlyos szerepet kell, hogy kapjon, hiszen a szervezetek, amelyekkel ellátási szerződése van az önkormányzatnak, beigazolták szakmai felkészültségüket a feladat ellátására, továbbá a civilek nagyon sokat segítenek az önkéntes munka keretében a lakosság érdekérvényesítő tevékenységének javításában is (346/2007. (XII.6.) GYŐRMJVÖ Kgy. sz. határozat). A civilekkel, egyházakkal való együttműködés fontos fóruma a Szociálpolitikai Kerekasztal, melyet az önkormányzat különösen a szolgáltatástervezési koncepcióban meghatározott feladatok megvalósulásának, végrehajtásának folyamatos figyelemmel kísérésére működtet (5/2015. (II.27.) GYŐRMJVÖ rendelet) és melynek tagjai a szociális intézményt működtető fenntartók képviselőin túl minden olyan szereplő, aki a város területén szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szolgáltatást nyújt a lakosságnak.

[36] 421/2005. (XII.8.) GYŐRMJVÖ Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

Összegezve megállapítható, hogy Győr város szociális feladatainak biztosításában többnyire az önkormányzat által fenntartott intézmények vesznek részt, szám szerint négy intézmény. Azonban a kutatási kérdésben megfogalmazott partneri együttműködés jegyében fontos kiemelni, hogy hét feladat tekintetében a mai napig a nem közszektor-beli szereplők tevékenysége is megfigyelhető, mind a civil, mind az egyházi oldalról. Mindez azért is kiemelendő és jól működő helyi gyakorlatként azonosítható, mivel a 2010 utáni államfilozófia az állami, önkormányzati feladatok kiszervezését nem igazán támogatta, inkább egyfajta „visszaszervezési" folyamatot indított el. Fontosnak tartom itt megjegyezni, hogy a szociális szektor tekintetében viszont az egyházi vagy egyházhoz kötődő fenntartók szerepe nem hogy csökkent, hanem radikálisan nőtt főként a bentlakásos szociális intézmények esetében. Ennek egyik oka, hogy a Kormány stratégiai partnerként tekint az egyházakra a rászorulókról való gondoskodásban (kormany.hu 2020). A másik ok finanszírozási oldalról közelíthető meg, ugyanis a Vatikáni Szerződésből[37] kifolyólag egyházi fenntartóknak kiegészítő támogatás nyújtható. Ezáltal az egyházi fenntartók kedvezőbb finanszírozásban részesülnek, mint az önkormányzati fenntartók, akik csak az állami normatívát kapják meg, így saját forrásukból azt ki kell egészíteniük, mivel az alapfinanszírozásból nem vagy csak alacsony színvonalon működtethető a legtöbb szolgáltatás. Ez a finanszírozási háttér a kedvezőtlenebb anyagi helyzetben lévő önkormányzatokat érdekeltté teszi abban, hogy egyes szolgáltatásokat egyházi működtetésbe adjanak át. A jól működő győri szociális ellátórendszer egyik kulcselemeként a Szociálpolitikai kerekasztalt kell kiemelni, mely megfelelő fórumot biztosít mind a feladatellátásban résztvevők, mind a kapcsolódó ágazatok számára a hatékony párbeszédre. Az interjúalanyok megerősítették, hogy a fenntartó önkormányzat jó gazdaként volt és van jelen, aki rendkívül nyitott az együttműködésre[38] és az összefogásra a különböző partnerek tekintetében, ami a győri modell erősségeként értékelhető.

5.3.5 Szociális fejlesztések alapelvei

Harmadik témakör a területet érintő fejlesztési elképzések elemzése, melyek során azt elemeztem, hogy milyen irányvonalak, alapelvek húzódtak meg a fejlesztési tervek összeállítása mögött. Általánosságban elmondhatjuk, hogy a fejlesztési terveket alapvetően meghatározták a *helyi szükségletek, a törvényi előírások és az önkormányzat tehervállalási képessége*, melyek a 2003-2009 között készült koncepciókban közvetlenül meg is jelennek,

---

[37] 1999. évi LXX. törvény a Magyar Köztársaság és az Apostoli Szentszék között a Katolikus Egyház magyarországi közszolgálati és hitéleti tevékenységének finanszírozásáról, valamint néhány vagyoni természetű kérdésről 1997. június 20-án, Vatikánvárosban aláírt Megállapodás kihirdetéséről

[38] Itt egy többszereplős, sokrétű és több szinten működő együttműködési hálóra kell gondolni.

külön kihangsúlyozásra kerülnek, míg a 2011 és 2017 közötti koncepciók közvetve utalnak ezen alapelvek fontosságára. A 2013-as koncepció a konkrét fejlesztési tervek táblázatában az önkormányzat tehervállalási képessége tekintetében utal többek között új épületszárny építésére a hajléktalan személyek átmeneti ellátásával kapcsolatban, az idősek számára tartós bennlakást biztosító (Kálóczy téri) intézmény bővítésére vagy éppen a Gyermekjóléti Központ új telephelyének kialakítására (277/2013. (XII.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A 2015-ös koncepcióban a helyi szükségletek alapelv fontossága jelenik meg például a demens centrum kialakítása vagy a különböző bölcsődei fejlesztések kapcsán (213/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. Sz. határozat), mely utóbbiak határozottan tetten érhetőek a 2017-es koncepcióban (191/2017. (XI.22.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat) is. A vizsgált időszakban megvalósult fejlesztések alapján elmondható, hogy mindhárom alapelv valódi célként kísérte végig a győri a szociálpolitikát és súlyuk, szerepük nem csökkent.

Az alapelvek mellett fontos továbbá kiemelni az *ellátórendszer szerkezetének* (az 1990-es állapottól való) *jelentős változásá*t is, mely egyrészt jelenti azt, hogy egyre inkább az egyes célcsoportokra való specializálódás, másrészt az egyre szerteágazóbb, differenciáltabb ellátás nyújtása figyelhető meg.

Továbbá rendezési elvként a 2003-as koncepció az alábbi alapelveket fogalmazta meg, mely a 2005-os dokumentum is megtartott:

- elsődleges a kötelező feladatok megvalósítása,
- az alapellátási feladatok ellátásának teljes lefedettsége,
- a jelentkező szükségletek nagyságrendje,
- a város területén a szociális ellátásban résztvevő minden szereplő (önkormányzati, nem állami és egyházi fenntartók) tevékenységeinek és jövőbeni terveinek figyelembevétele.

A 2007-ben elfogadott dokumentum kiegészítette és tovább bővítette a rendezési elvek körét a következőkkel:

- több ellátási formát is nélkülöző célcsoportok szükségleteinek enyhítése,
- a városban működő civilek terveinek figyelembevétele mellett, már a velük való együttműködés fejlesztésére való törekvés jelenik meg hangsúlyosan,
- a meglévő intézmények személyi és tárgyi feltételeinek fokozatos megteremtése,
- források észszerű felhasználása a problémák tartós megoldása érdekében.

A 2009-es koncepció a korábbihoz csupán egy új elemet illesztett, mégpedig a kistérségi feladatok ellátásának segítését. A Győri Többcélú Kistérségi Társulás 2005-ben jött

létre, hogy több közszolgáltatási feladatot közösen lássanak el a települések. A gyermekjóléti feladatokat a társulás 2007-től saját intézményekkel, két mikro-központtal és Győr Város intézményén keresztül látja el. A szociális alapszolgáltatási feladatok körében a kiegészítő normatíva igényléséhez három alapszolgáltatási feladat ellátása volt kötelező, melyek biztosítására 2009 évtől került sor az alábbi feladatok formájában: fogyatékosok nappali ellátása, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás (408/2009. (XII.7.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata).

Annak alátámasztásaként, hogy a rendezési alapelvek nem csupán a koncepciók szintjén léteztek a teljesség igénye nélkül szeretnék kiemelni néhány intézkedést, elemet a győri szociálpolitika vizsgált éveiből. Fontos hangsúlyozni, hogy a koncepciókban tervezett feladatok közül több, a lakossági szükségletekre válaszoló szolgáltatást sikerült megvalósítani. A megvalósult feladatok elsősorban alacsony működési költségű alapellátási/alapszolgáltatási feladatok voltak, melyek egyúttal megfelelő és hatékony segítséget nyújtanak a rászorulóknak a lakókörnyezetükben. 2006-ban például megvalósult a szociális információs szolgáltatás nyújtása, elkezdte tevékenységét a Gyermekjóléti Központ és az idősek otthonában egy intenzív gondozási részlegen elkezdődött 30 fő demens idős ellátása. A civilekkel való együttműködés jegyében 2007-ben ellátási szerződés megkötésére került sor a Magyar Máltai Szeretetszolgálattal, mely által 60 fogyatékossággal élő személy számára bővült a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, valamint szintén velük együttműködve elindult a támogató szolgálat a városban. Ebben az évben kezdte meg működését a fogyatékkal élők nappali és átmeneti ellátását biztosító intézmény is. 2008-ban 500 készülékkel bővült a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, valamint a személyi feltételeket tekintve 22 fő szociális gondozóval és 7 fő szociális segítővel a házi segítségnyújtás. A civil együttműködés jegyében ebben az évben indította el a Segítőház alapítvány az utcai szociális munka szolgáltatását, valamint a Baptista Szeretetszolgálat a pszichiátriai betegek nappali ellátását. 2009-ben a meglévő intézmények bővítése jegyében sor került az idősek átmeneti ellátásának, valamint a bölcsődei ellátásnak a bővítésére.

A 2011-es koncepciótól kezdve a rendezési alapelvek nem nevesítve, hanem a fejlesztési tervek táblában konkrét intézkedések, fejlesztések formájában jelennek meg, melyek tekintetében szintén egyértelműen elmondható, hogy nem csak „papíron léteztek”, hanem a gyakorlatban is megvalósuló elvekről beszélhetünk.

5.3.6 A szociálpolitikai jövőkép általános és speciális célrendszere

A koncepció készítői minden esetben egy jövőképet is megfogalmaztak, melynek keretében kialakításra került a város szociális ellátásának általános célrendszere is, melyek szintén vizsgálódásaim részét képezték. A célrendszer 2003-as összeállítása során a korábbi években szem előtt tartott fő irányok sem merültek feledésbe, melyek a következők (460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat):

- meglévő intézmények tárgyi és személyi feltételeinek fokozatos megteremtése,
- jogszabályi előírásoknak való megfelelés,
- a városban felmerülő lakossági szükségletek kielégítése az egyes célcsoportok speciális igényeihez igazodva a szükségletek és szolgáltatások egyensúlyának megteremtésével,
- együttműködések fejlesztése, hálózatok építése, külön hangsúllyal a szakmák, ágazatok (szociális, egészségügyi, oktatási, foglalkoztatási) közötti együttműködésre,
- források észszerű felhasználása,
- szociális szolgáltatások korszerűsítése,
- ellátások színvonalának megőrzése,
- feladatok, funkciók összehangolása (főként a személyes szolgáltatást nyújtó, a gyermekvédelmi és gyermekjóléti területeken),
- hatékony szociális védelmi rendszer működtetése, mely hatékony segítséget tud nyújtani,
- egyénre szabott, emberközeli, korszerű szolgáltatások a lakókörnyezetben.

Az első három általános cél átfedést mutat a fejlesztéseknél megjelölt alapelvekkel. A 2005-ös koncepció újdonsága, hogy az általános célok között említi a lakossággal való rendszeres kommunikációt és a lakosság tájékoztatását, a pályázati források igénybevételét, valamint egy hatékony menedzsment iránti igényt a szociális területen, mely utóbbi a Szociálpolitikai Kerekasztal formájában valósul meg. 2007-től az összes koncepciót végigkíséri az ágazati jogszabályi környezethez való alkalmazkodás, mint általános cél, valamint ekkor jelenik meg a médiákkal való rendszeres kapcsolattartás is, melynek alapvető célja a gyors és közérthető tájékoztatás az egyes ellátásokhoz való hozzáférés feltételeiről. 2007-től kezdve napjainkig az általános célrendszer állandósult, elemei nem változtak, ami jó alapot jelentett a győri szociálpolitika egyenletes fejlődésének. Egyedül 2015-ben került egy új cél a korábbiak mellé, a meglévő szolgáltatások jelenlegi, magas szintű működtetése

mellett az ellátási színvonal emelésére is külön hangsúly összpontosult (213/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. Sz. határozat – Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata).

A Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció megalkotói a jövőképben specifikus célokat is megfogalmaztak az alábbi három területre fókuszálva, melyeket a legrészletesebben a 2003-as koncepció tartalmazza:

1. *Minőségfejlesztés*

A minőségfejlesztés egyik része a szellemi erőforrás-fejlesztés, ami több elemre bontható: a megfelelő intézményi körülményekre, a megfelelő szakképzettség meglétére, valamint a belső képzésre. A minőségfejlesztés másik része az ágazati információs rendszer kiépítése, melynek fontossága két területen érhető tetten: a szakmai színtéren és a lakossági színteret, vagyis a szolgáltatók és a szolgáltatást igénybe vevők tekintetében. A harmadik terület a szükségletfelmérés, ami kiemelt jelentőségű, hiszen rajta keresztül lehetséges egy lakossági igényeket kielégítő és a változásokra legrugalmasabban reagáló szolgáltató rendszer kialakítása. A 2005-ös dokumentum a szociális területen dolgozó humán erőforrás fejlesztését, a képző intézményekkel való szoros együttműködést és a gyakorlatban bevált, szakmában hasznosítható módszerek közreadását hangsúlyozza ki, míg a többi koncepció állandó elemként a folyamatos szakmai képzést jelöli meg.

2. *A helyi partnerség, a civil szférával való kapcsolat erősítése*

Kulcsfontosságú célról van szó, ezt az is alátámasztja, hogy az általános célok között is megtalálhatjuk ezt az elemet. A civil szférával való valódi párbeszédre helyezi a hangsúlyt, ami kiterjed a célszerű feladat- és munkamegosztásra a döntések előkészítése és végrehajtása során, valamint a városi szociálpolitikai (ki)alakításában komoly erőforrásként való részvételre. Ez a speciális cél konkrétan nevesítve a 2003-as dokumentumban található meg, valamint a 2017-es dokumentumban a civil és egyházi fenntartókkal való folyamatos kapcsolattartás formájában. A korrekt, segítő együttműködés biztosítja a hatékony feladatellátást. A köztes dokumentumokban e speciális cél a különböző civil szereplőkkel való konkrét együttműködések, valamint a Szociálpolitikai Kerekasztal formájában érhető tetten.

3. *A pályázatokon való részvétel hatékonyságának fokozása*

A pályázatokon való részvétel mint prioritás szintén nem új elem, specifikus célok között való megjelenését indokolja, hogy a minőségi feladatellátás, eredményesség és hatékonyság növelése érdekében szükséges az anyagi erőforrások minél szélesebb körű felkutatása és hasznosítása. A pályázati lehetőségek felkutatási, kihasználása egyúttal

megjelenik az általános célok között is, így 2005-től minden koncepciónak szerves tartalmi és megvalósult fejlesztések által gyakorlati eleme is.

Összességében elmondható, hogy a koncepciók általános és a specifikus célrendszerét már a 2003-as koncepció megfogalmazta és gyakorlatilag kisebb módosításokkal napjainkig meghatározó és aktuális célok a szakterület jövőképét illetően. A vizsgált célok viszonylagos állandósága jó alapul tudott szolgálni a győri szociálpolitika folyamatos és egyenletes fejlődéséhez, nem volt szükség az állandó irányváltásra, hanem tudatosan, tervezetten lehetett haladni az előre megfogalmazott fejlődési pályán. Azonban azt is meg kell jegyezni, hogy mindebben az „állandóságban" a helyi szociálpolitika a változó környezethez, változó igényekhez is rugalmasan tudott alkalmazkodni. Fontos továbbá kihangsúlyozni, hogy a 2019-es koncepció jövőképében erőteljesen megjelenik már a legnagyobb kihívásként a szakképzett munkaerő hiánya[39], valamint a szolgáltatási kapacitások növelése. Komoly kihívásként azonosították az interjúk során is a mennyiségi és minőségi munkaerőhiányt. A szakemberek az interjúk során egyöntetűen győri sajátosságként fogalmazták meg, hogy a változó igényekre, szükségletekre mindvégig gyorsan tudtak reagálni és azokhoz igazították a szolgáltatásokat. Győrben az ellátások kialakításakor sosem a jogszabályi minimumra törekedtek, hanem maximálisan kívántak reagálni a felmerülő igényekre, ebben nagy segítséget jelentettek a pályázati lehetőségek és az innovációbarát környezet.

Helyi esélyegyenlőségi programok

A Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció több ponton is szorosan kapcsolódik Győr Megyei Jogú Város Helyi Esélyegyenlőségi Programjához (a továbbiakban: HEP) annak céljaihoz, fejlesztési irányaihoz. Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény 2011. december 22-étől hatályos 31. §-a értelmében, a települési önkormányzatoknak ötévente öt évre szóló települési, helyi esélyegyenlőségi programot kell elfogadnia, amelyet kétévente át kell tekinteni és módosulás esetén felülvizsgálni szükséges. A HEP célja a hátrányos helyzetű csoportok felzárkóztatása, életkörülményeinek javítása és társadalmi részvételének biztosítása.

Egy kutatás keretében két dokumentum képezte vizsgálataim (Laczkovits-Takács 2019b) tárgyát, egyrészt a 2013-2017-es időszakra, másrészt a 2018-2023-as időszakra elfogadott Helyi Esélyegyenlőségi Program. A két program és egyúttal a két időszak közötti változásokat három, mindkét dokumentumban megtalálható közös szempont alapján hasonlítottam össze. Elemeztem a vizsgált célcsoportok számának alakulását, a

[39] Az interjúalanyok mindegyike kihívásként megjelölte hiányát, mind mennyiségi, mind minőségi kontextusban.

célcsoportonként megfogalmazott problématerületeket, valamint a megfogalmazott problémákra reagáló célcsoportonkénti intézkedési terveket. Röviden összefoglalva a kutatás eredményeit megállapítható, hogy a két vizsgált helyi esélyegyenlőségi programban számos területen ugyanazon problémák fennállása figyelhető meg öt év távlatában is. Így például a *romák és mélyszegénységben élők* körében egy mentorhálózat kiépítése iránti igény, a *nők* esetében az információ és a programok eljuttatásának javítása, a munkaerőpiaci problémák megoldása, valamint a nők elleni erőszak kérdésköre. Új elemként, új problémaként jelenik viszont meg a 2018-as dokumentumban többek között a romák droghasználatának csökkentését ösztönző programok kidolgozása, valamint egy interprofesszionális jelzőrendszer kiépítése. A gyermekek körében szintén fontos elem a droghasználat csökkentése, valamint a speciális igényű gyermekek számára integrált nevelési programok biztosítása. A nők esetében új igényként jelenik meg a lakhatási biztonság növelése, míg az időseknél a demens centrum kialakítása. A fogyatékossággal élő emberek körében pedig a nappali ellátás bővítésének igényéről és további akadálymentesítések szükségességéről beszélhetünk.

5.3.7 Győr szociálpolitikája a stratégiai dokumentumokban

Egy külön kutatás (Laczkovits-Takács 2019a) keretében szociálpolitikai fókusszal, a szociálpolitikai elemeket kiemelve feldolgoztam Győr város stratégiai dokumentumait, többek között városfejlesztési, településfejlesztési stratégiákat és koncepciókat, valamint fenntarthatósági programot és gazdasági programokat. A vizsgálat tárgyát az alábbi, 10. számú táblázatban szereplő stratégiai dokumentumok alkották. A következőkben a stratégiai dokumentumok elemzésének eredményeit, rövid összehasonlítását, valamint összegzését mutatom be.

10. táblázat: Győr város stratégiai dokumentumai

Dokumentum elnevezése	Elfogadás éve
Győr MJV Önkormányzatának 4 éves Programja (1995-1998)	1995
Győr MJV Önkormányzatának 4 éves Gazdasági Programja (1999-2002)	1999
Győr MJV Önkormányzatának 4 éves Gazdasági Programja (2003-2006)	2003
Győr MJV Stratégiai Programja	2004
Településfejlesztési koncepció	2005
Győr MJV Önkormányzatának Gazdasági Programja (2006-2010)	2007
Győr MJV Integrált Városfejlesztési Stratégiája	2008
Győr fenntarthatósági programja (Local Agenda 21 Győr)	2011
Győr MJV Önkormányzatának Gazdasági Programja (2011-2014)	2011
Győr MJV Integrált Településfejlesztési Stratégiája (2014-2020)	2014
Győr MJV Településfejlesztési Koncepciója (2014-2030)	2014
Győr MJV Önkormányzatának Gazdasági Programja (2015-2020)	2015
Győr MJV Önkormányzatának Gazdasági Programja (2020-2025)	2020

Forrás: saját szerkesztés

Az 1990-es években elfogadott dokumentumok vizsgálata során megállapítható volt, hogy a többi szakpolitikához képest a szociálpolitikára már ekkor is kiemelt figyelmet fordítottak[40]. Ezekben az években egy differenciált ellátórendszer szükségességét fogalmazták meg, a változó körülményekhez és törvényi előírásokhoz való folyamatos alkalmazkodás, igazodás valamint a szociális háló rendszeres „karbantartása" mellett. Kiemelt hangsúllyal kezelték a hajléktalan ellátás kérdését, a megváltozott munkaképességű és szociálisan rászoruló emberek foglalkoztatását, a lakossági hátralékkezelést és a gyermekjóléti szolgáltatások fejlesztését[41].

A 2000-es évek első felében elfogadott dokumentumok egyike, a 2003-es gazdasági program gyakorlatilag teljesen azonos az 1999-ben elfogadott gazdasági programmal, új elemként jelenik meg benne a fogyatékkal élők lehetőség szerinti támogatása[42]. A későbbi dokumentumokban jelentkező fejlesztési törekvéseket szinte minden kötelező ellátás tekintetében az intézményi kapacitás növelése és új intézmények létesítése jellemezte. Megjelent továbbá a civil szervezetek feladat-ellátásba való bevonásának lehetősége és a velük való együttműködésre való igény és előtérbe került a fogyatékkal élők lehetőség szerinti támogatása a vizsgált dokumentumokban[43]. Prioritásként jelenik meg továbbá a humánerőforrás fejlesztése, valamint a szociális területhez szorosan kapcsolódva az

[40] 155/1995. (VI.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának 4 éves programja (1995-1998)
[41] 264/1999. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának 4 éves gazdasági programja (1999-2002)
[42] 110/2003. (IV.24.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának 4 éves gazdasági programja (2003-2006)
[43] 502/2004. (XII.12.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Stratégiai Programja

egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés és az egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása. Kiemelt célcsoportként azonosítható a gyermekek és az idősek csoportja. A 2005-ben elfogadott Településfejlesztési koncepció[44] a szociális területet egyáltalán nem érinti, csupán Győr egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modelljének egészségügyi pillérjét az egészséges lakókörülmények vonatkozásában. A 2000-es évek második felében a szociális ágazathoz tartozó feladatok tekintetében prioritásként került megfogalmazásra a különböző részterületek közötti együttműködés, közös tervezés és folyamatos párbeszéd igénye, a lakosság információval való ellátása a helyi szociális ellátórendszer szolgáltatásairól, valamint az igényekre való megfelelő, gyors és rugalmas reagálás[45]. Kiemelt korosztályként kezelték az időseket és ezáltal külön figyelem övezte a korosztálynak nyújtott szociális szolgáltatások (tartós és átmeneti bentlakás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás), valamint a gyermekjóléti feladatok, a hajléktalan ellátás és a bölcsődei ellátás bővítését. A 2008-ban elfogadott stratégiai dokumentum[46] továbbra is hangsúlyosan kezeli a humánerőforrás kezelését, az egészségfejlesztést, valamint az egészségügyi és szociális infrastruktúra megerősítését.

A 2010 után született stratégiai dokumentumok a demográfiai változások miatt az eddiginél is nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a szociális ellátások kérdésének. A helyi szociális ellátórendszer által nyújtott szolgáltatásokat egy komplex szolgáltatórendszerként értelmezik és a modell jelleget erősítve kihangsúlyozza, hogy nem egymást mellett működő szolgáltatásokra van szükség, hanem egymással együttműködő szolgáltatásokra az új kihívásokra való reagálásban[47]. Továbbra is kiemelt célcsoport az idősek és külön a demenciával élő idősek, mely célcsoport számára nyújtott szolgáltatások terén kapacitásbővítésre van szükség. Másik kiemelt célcsoportként jelennek meg a hajléktalanok, mely területhez több fejlesztési igény is megfogalmazódik, úgy mint a hajléktalanellátó rendszer infrastrukturális fejlesztése, egy 24 órás egészségügyi centrum, valamint egy rekreációs gyógyászati centrum létrehozása[48]. A harmadik kiemelendő célcsoport a dokumentumokból a családok. Ilyen tekintetben megjelenik a családsegítő szolgáltatás bővítése, hogy például közösségi, egy-egy településrész igényeit kielégítő programokat

[44] 131/2005. (V.5.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Településfejlesztési koncepció
[45] 71/2007. (III.22.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja
[46] 41/2008. (II.28.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Középtávú Integrált Városfejlesztési Stratégiája
[47] 67/2011. (III.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja
[48] 162/2014. (IX.12.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Településfejlesztési Koncepciója és Győr Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégia

szervezzen vagy éppen a bölcsődefejlesztés[49]. Két stratégiai dokumentum a szociális terület mellett az egészségügyi területtel is foglalkozott. A fenntarthatósági program[50] a fenntartható egészségügyi szolgáltatások kialakítását, a szociális intézményfejlesztést és a szociális szolgáltatások színvonalának emelését tűzte ki legfőbb célként. A Településfejlesztési Koncepció[51] pedig egy szolidáris, befogadó és egészséges társadalom célkitűzést fogalmazott meg, melyben az időskorúak védelme, az egészségügyi és szociális szolgáltatások bővítése és a hatékonyságuk növelése mellett megjelenik az egésztudatosság, a prevenció és a szemléletformálás is.

A 2020-ban elfogadott, jelenleg is aktuális gazdasági program[52] hangsúlyosan kezeli egyrészt a bölcsődefejlesztés folytatását, a hajléktalan ellátás területén a – már korábban is megfogalmazott – 24 órás egészségügyi centrum létrehozását, valamint a szociális szolgáltatások tartalmának folyamatos újragondolását.

5.3.8 Összegzés

A fejezetben kutatási célként tűztem ki, hogy Győr város szociálpolitikájának 1990-től napjainkig tartó fejlődési ívét, prioritásait, legfontosabb jellemzőit, jó gyakorlatait vizsgálom, egy átfogó elemzés részeként. A cél elérése érdekében szakpolitikai dokumentumok két típusát vettem alapul az elemzésekben, melyek segítségével a megfogalmazott kutatási kérdésekre kerestem és kaptam választ. A győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell kétségkívül legmeghatározóbb és legkiterjedtebb eleme a szociális, gyermekvédelmi és gyermekjóléti szolgáltatásokat magába foglaló szociális pillér. Bár egészen 1952-ig nyúlnak vissza a települési gondoskodás gyökerei a városban, igazi fejlődés a helyi szociálpolitikában az 1990-es évektől tapasztalható. A formális keretek közötti stratégiai gondolkodás a területen 2003-tól valósul meg a szociális szolgáltatástervezési koncepciók elkészítésének kötelezettségével.

A vizsgált dokumentumok segítségével a város szociálpolitikáját több szempontból (kötelező és önként vállalt feladatok, a feladatellátásban részt vevő szereplők, általános és specifikus stratégiai célrendszer, egyes hátrányos helyzetű csoportok) kiindulva elemeztem. A vizsgálódások eredményeképpen átfogó képet kaphattunk a város szociálpolitikájának fejlődési ívét meghatározó alapelvekről, prioritásokról, melyekkel kapcsolatban elmondható,

[49] 84/2015. (IV.30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja
[50] 7/2011. (I.28.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr fenntarthatósági programja
[51] 162/2014. (IX.12.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Településfejlesztési Koncepciója és Győr Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégia
[52] 3/05/05/2020. PM. h. – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja 2020-2025

hogy állandó, következetes elemként végigkísérték a kétévente felülvizsgált szolgáltatástervezési koncepciókat és új szükségletek beazonosítása esetén új elemmel bővültek, egy tudatos és tervezett fejlődési pályát leírva. Ha a tendenciákat nézzük, az önkormányzat kötelező feladatainak száma folyamatosan csökken, mely 2010 után az állam növekvő feladatellátását is jelentette egyúttal. A széleskörű önkormányzati felelősségvállalás jele, hogy a vizsgált időszakban mindvégig látott el a győri önkormányzat önként vállalt feladatot, melynek hátterében a helyi szükségletek és az ellátások fontossága azonosítható be. A kötelező, de az önkormányzat által nem ellátott feladatok számában is csökkenő tendenciát kell megállapítani, az utolsó hiányzó szolgáltatás ellátására 2018-ban került sor, így ma az önkormányzat az összes kötelező feladatát hiánytalanul ellátja a szociális területen.

A feladatellátásban részt vevő szereplői kört megvizsgálva megállapítható, hogy az önkormányzat többségében saját intézményen keresztül látja el feladatait, de 2000 óta jelentős a civil szereplők szerepvállalása is a szociális feladatellátásban. A helyi győri szociálpolitika legfőbb jellemzője, hogy mindvégig a lakosság szükségleteit, a helyi igényeket állította a középpontba, melyekre gyorsan és rugalmasan tudott reagálni. Mindennek fontos eleme a szerteágazó együttműködés és folyamatos párbeszéd a szektorban tevékenykedő szereplők között, akik a Szociálpolitikai Kerekasztal formájában egy olyan együttműködési rendszert testesítenek meg, amelyben helyet kap minden szereplő, aki a városban működik és szociális feladatot lát el az állami és önkormányzati intézményeken túl a civil szféra legkülönbözőbb szerveződéséig, sőt ide kell sorolni más ágazatok intézményeit is.

Mivel a győri egészségügyi és szociális szolgáltatástervezési modell és azon belül a helyi szociális ellátórendszer magas színvonalon való működtetésének alapja a város erős gazdasági bázisa, kutatásaim során kézenfekvő volt a helyi szociálpolitika és a város gazdasági, valamint egyéb irányú fejlesztéseket tartalmazó stratégiai dokumentumainak, koncepcióinak vizsgálata is. Győr város stratégiai dokumentumainak, koncepcióinak vizsgálata alátámasztotta, hogy a helyi szociálpolitika, a szociális feladatok ellátása, szociális közszolgáltatások nyújtása 1990 óta egyre hangsúlyosabban jelenik már a különböző szakterületek között és napjainkra a szociális szolgáltatások pillér méltán a leghangsúlyosabb és legmeghatározóbb eleme a győri modellnek.

A fejezet egyes részeihez kapcsolódik a H2 hipotézis, mely szerint *„az új önkormányzati törvény nyomán életbe lépő állam és önkormányzat közötti feladatmegosztás jelentősen átalakította a szociális szolgáltatások szervezését, tervezési rendszerét”*. Bár a közszolgáltatások tágabb spektrumát nézve elmondható, hogy a 2011-es Mötv., illetve a

hozzá kapcsolódó ágazati jogszabályok jelentős változásokat hoztak egyes közszolgáltatások szervezési, tervezési gyakorlatában, így például az egészségügy, az alap- és középfokú oktatás területén. Szociális területet érintő stukturális változás – a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell szociális pillér feladatainak vizsgálata alapján – az önkormányzat kötelező szociális feladatainak folyamatos csökkenésén (míg 2011-ben 24 kötelező feladatot látott el az önkormányzat, 2013-ban már csak 19 feladatot) és a 2013. január elsejei átszervezéseken túl gyakorlatilag nem történt. A legnagyobb változást a segélyezési rendszer 2015-ös változása jelentette, mely viszont az önkormányzat számára fogalmazott meg új feladatot. A győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell empirikus vizsgálatai alapján elmondható, hogy a szociális szolgáltatások szervezését, tervezési rendszerét csupán részben (egyes területeken) alakította át a 2011-es Mötv., ezért a H2 hipotézis csak részben került elfogadásra.

A fejezet empirikus vizsgálatai adnak választ a H3 pontban megfogalmazott hipotézisre is, vagyis arra, hogy *„Győrben az állami és önkormányzati feladatmegosztás változásaival párhuzamosan a szociálpolitika területén a stratégiai célkitűzések nem változtak jelentősen”.* A győri szociálpolitikai gondolkodás legfőbb irányai, prioritásai konkrétan és markánsan 2003-tól kétévente kötelezően készítendő szociális szolgáltatástervezési koncepciókban követhetők nyomon. 2003 előtt a stratégiai gondolkodás írott jelei nem voltak évről évre szisztematikusan megfigyelhetők, erre az időszakra vonatkozólag csupán egy-egy koncepció, dokumentum tudott iránymutatást adni. A hipotézisben megfogalmazott állításból kiindulva a hangsúly a 2010 utáni időszakon van, ugyanis az állami szerepvállalás nagymértékű növekedése erre az időszakra tehető, bár fontos megjegyezni, hogy a szociális területen kevésbé markánsan jelentkeztek a változások, mint más területen. Az állam egyrészt átvett feladatokat úgy mint a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, a fogyatékosok átmeneti gondozóházát, vagy éppen a gyermekvédelmi szakellátás keretében az otthont nyújtó és utógondozói ellátást. Másrészt viszont ellenkező irányú feladatátadás is történt, ugyanis 2015. március 1-jétől a rászorulók segélyezési rendszere megváltozott, az állam és az önkormányzat segélyezéssel kapcsolatos feladatait szétválasztották. Egyes korábbi támogatásokat felváltó települési támogatás életre hívásáról, szabályozásáról pedig az önkormányzat szabadon dönthetett. Az elemzések alapján megállapítható, hogy a stratégiai célkitűzések kevésbé változtak, a fő irányvonalak megmaradtak, így a győri szociálpolitikát végigkíséri általános célként a jogszabályi változásokhoz való alkalmazkodás, a felmerülő lakossági szükségletek kielégítése, valamint specifikus a minőségfejlesztés, a helyi partnerség, valamint a pályázatokon való hatékony részvétel. Továbbá a fő célkitűzések kiegészültek az új elemekkel

alkalmazkodva a változó környezethez, igényekhez, így például 2019-ben legnagyobb kihívásként a szakképzett munkaerő hiánya, illetve a szolgáltatási kapacitások növelése jelent meg. Az empirikus vizsgálatok alapján a H3 hipotézis elfogadásra került.

5.4 Lakásügyi pillér

5.4.1 A győri önkormányzat lakásügyi politikája 1990 utáni időszakban

Az 1990-ben elfogadott önkormányzati törvény[53] a lakásgazdálkodást önkormányzati feladatként definiálja a helyi közszolgáltatások körében, azonban a települési önkormányzat maga határozza meg mely feladatokat, milyen mértékben és módon lát el. Az 1991-es jogszabály[54] alapján az önkormányzat tulajdonába kerülő lakásállomány nagy terhet és óriási feladatot jelentett az önkormányzat számára tekintettel arra, hogy jelentősen elmaradt a felújítás mértéke és nem megfelelően rendezettek voltak a lakbérek (297/1995. (XI.30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Úgy is fogalmazhatunk, hogy az állami szerepvállalás csökkenése a lakásgazdálkodás területén nem oldotta meg a problémákat, csupán továbbadta a tulajdonlás terheit.

Az 1993-ban elfogadott lakástörvény Győrben is alapvető változásokat eredményezett a lakásszektorban, melynek következtében egyrészt a bérlők vételi joga miatt a korábbi bérlakásszám a harmadára csökkent, másrészt a lakásállomány összetétele is jelentősen megváltozott, hiszen a bérlők a jobb állapotú, főként lakótelepi lakásokat vásárolták meg (Kovács 2000). Megállapítható, hogy a lakások nagymértékű privatizációja Győr városát sem kerülte el, hiszen míg 1993-ban a településen 14 652 önkormányzati bérlakás volt, ami a város lakásállományának 30%-át tette ki, addig 1997-ben 5558 lakással rendelkezett az önkormányzat, ami 11,2%-ot jelentett (Nárai 1998). A többi megyeszékhely településhez hasonlítva Győrben csökkent leginkább a bérlakások aránya, azonban ennek ellenére is megőrizte a város a vezető pozícióját a többi megyeszékhelyhez képest. Mindennek okát abban érdemes keresni, hogy az önkormányzat tulajdonát képező bérlakások jelentős része nem adható el, mert műemléképületben található.

Az 1993-as lakástörvény nyomán a lakásgazdálkodási politikát is szükséges volt újragondolni a városban. A győri önkormányzat hamar felismerte, hogy a privatizált lakások pótlását valamilyen formában el kell kezdeni és meg kell határozni a szerepvállalását a lakásügyi szektorban. Ebben a szellemiségben az önkormányzat 1995-ben fogadta el

[53] 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
[54] 1991. évi XXXIII. törvény egyes állami tulajdonban lévő vagyontárgyak önkormányzatok tulajdonába adásáról

*lakáskoncepció*ját, melyben megfogalmazta, hogy a lakások kötelező privatizációján túl nem kívánják a lakásállományt értékesíteni, valamint a lehetőségekhez mérten gondoskodni kívánnak a lakosság legszegényebb, legelesettebb, illetve krízishelyzetben lévő rétegeinek ellátásáról (297/1995. (XI.30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Következtetésképpen a koncepcióban kihangsúlyozták, hogy az önkormányzat nem tudja és nincs is szándékában, hogy a város lakásellátásának megoldását teljes körűen magára vállalja. Célként jelenik meg a szociális rendszer és a lakásgazdálkodás összehangolása, illetve a magánerős építkezési kedv növelése, mely utóbbit különböző kedvezmények biztosításával kíván ösztönözni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az önkormányzat gondoskodni kíván építési telkek kialakításáról, kamatmentes visszatérítendő támogatási formával segíti az építkezőket és a lakásvásárlókat, valamint szociális bérlakásokat tart fenn és létesít. A pénzbeli támogatások mellett természetbeni segítségnyújtás kidolgozását is előirányozta az önkormányzat, mely jogi és pénzügyi tanácsadásra, valamint építkezések szervezésére és lebonyolítására terjedne ki. Kiemelt szerepet szán továbbá az előtakarékosságnak, mely az albérletben lakóknak tenné lehetővé a későbbi lakásszerzést. A koncepcióban két társadalmi csoport, a fiatalok és az idősek élveznek prioritást. Míg az előbbi csoport esetében otthon jellegű lakások építését irányozza elő, utóbbi csoport tekintetében a nyugdíjasházi rendszer bővítését célozza meg. A koncepció megfogalmazta továbbá a szükségességét a lakásigénylési rendszer felülvizsgálatának. Mindez a gyakorlatban azt jelentette, hogy megszüntették a korábbi közel 3000 lakásigénylést és a helyi rendeletben meghatározott feltételek szerint a továbbiakban szociális lakáskérelmet lehetett benyújtani, melyet a környezettanulmány és egyéb körülmények feltérképezése után a Lakásügyi Bizottság bírált el (Kovács 2000). A lakáskoncepció elfogadása után egy évvel, azzal összhangban kidolgozták a lakásépítésekre vonatkozó programjavaslatot is (96/1996. (IV.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Mindkét koncepcionális dokumentum a lakásellátás területéhez kapcsolódó feladatokat határozta meg az 1996-2001 közötti időszak tekintetében. A koncepciókban megfogalmazott vállalások az alábbi részterületeket ölelték fel (33/1999. (II.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat):

1. *Bérlet útján hasznosítható, otthon jellegű lakások építése (Fiatalok háza program*).
   Már a koncepció elfogadása előtt, 1993-ban a Szent Imre úti volt szovjet tiszti lakások felújították, e 92 lakást a program keretében hasznosították. A javaslatban további 120 lakás megépítését rögzítették. Ennek keretében 1996-ban a Mészáros Lőrinc utcai, volt GYÁÉV mukásszállót is átalakították, ahol 55 lakást alakítottak ki, 1997-ben a Szigethy Attila utcai kollégium átalakítása és bővítése révén készült el a 30 lakásos

garzonház, valamint 1998-ban a Zöld utcában elkészült egy 45 lakásos ifjúsági garzonház is.

A Fiatalok háza program keretében ezeket a lakásokat olyan fiatalok, fiatal házasok bérelhették, akik vállalták az előtakarékosságot és az 5 év időtartamú bérleti időt, mely időtartam nem volt hosszabbítható.

2. *Az emberi életpálya végén az Önkormányzat nyugdíjasház elhelyezés formájában nyújt biztonságot az idős emberek számára (Idősek háza program).*

   Az önkormányzat a Kálóczy téren 90 db, a Rónai Jácint utcában 79 db nyugdíjasházi garzonlakással rendelkezett, melyhez a koncepciók további 60 lakás megvalósítását tűzték ki célul. Az igények kielégítésében jelentősen segített, hogy 1997-re Marcalvárosban felépült a 90 lakásos Szent Anna Otthon, mely szintén az idősek számára biztosított garzonlakásokat. A Szent Anna Otthon egyházi intézmény, fenntartója a Szentlélek Templom és Otthonfenntartó Alapítvány, azonban az intézmény létrejöttében részt vállalt az önkormányzat azáltal, hogy biztosította az építési telket és a közművesítést. 1999-ben tovább bővült az otthon, további 65 lakóegységgel.

3. *Speciális jellegű lakások építése, melyek a lakásgondjaikat önállóan megoldani nem képes, halmozottan hátrányos helyzetűek problémájának enyhítését szolgálja.*

   a. *Jóléti Építők Program*

      Az országos programot a Jóléti Szolgálat Alapítványból létrejött Jóléti Építők Kht. kezdte meg, melyhez 1997-ben Győr is csatlakozott. A részvétel feltétele volt, hogy az önkormányzat a Kht-nak kedvezményes áron biztosítson közművesített építési telket, valamint a pályázónak kamatmentes építési kölcsönt, továbbá működjön közre a leendő építők kijelölésében. A program keretében 1998-ban meg is kezdődött egy 9 lakásos épület kivitelezése az Achim András utca 6. szám alatt, azonban a program nem haladt zökkenőmentesen, így a 9 lakás megépülte és értékesítése után az önkormányzat tovább nem kívánt részt venni a programban.

   b. *Fejleszthető önkormányzati lakások*

      E lakásépítési forma programba kerülését az indokolta, hogy a városban jelentős olyan lakáshoz jutási igény jelentkezett, melyeket alacsonyabb komfortfokozatú és felszereltségű lakásokkal is ki lehet elégíteni. A

fejleszthetőség arra utal, hogy a lakások olyan színvonalon, felszereltséggel épülnek, melyek az OTÉK[55]-nak megfelelnek, azaz a minimum követelményeket kielégítik, azonban a leendő bérlő igénye és anyagi lehetősége függvényében a lakások belső felszereltsége javítható. 1998-ban a Kinizsi Pál utca 27. szám alatt 6 ilyen bérlakást építtetett az önkormányzat, valamint 20 ilyen lakás építését irányozta elő az 1999-es évre.

c. *Szociális Lakásépítési Program*

Ez a lakásépítési forma a kevés induló tőkével rendelkező családok közül is kiemelten támogatta a szociálisan hátrányos helyzetű, a volt állami gondozott családos fiatalok, a fogyatékossággal élő és egészségkárosodott személyeket gondozó családok, nagycsaládosok első saját tulajdonhoz jutását. A kísérleti mintaprogramhoz Győr város önkormányzata is csatlakozott, ezáltal vállalta az alábbi feltételeket: ingyenes közművesített telek biztosítása, kamatmentes lakásépítési kölcsön biztosítása, közreműködés a leendő építtetők kiválasztásában, a generálkivitelezők megkeresésében, valamint a lakásépítés szervezésében való hatékony részvétel (238/1997. (VII.3.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az önkormányzat a közgyűlés döntése szerint 500.000 forint vissza nem térítendő támogatást nyújtott a programban részt vevő családok számára, emellé jelentős állami támogatás – lakáshoz jutási támogatás – is járt (196/1998. (VI.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A program keretében a lakások építése a leendő tulajdonosok feladata volt, a leendő építtetőket az Önkormányzat Lakásügyi Bizottsága választotta ki. A programot a Győr-Moson-Sopron Megyei Cigányok Érdekvédelmi Szövetsége kezdeményezte, azonban a koncepciókban előirányzottak alapján a programot 1999-ben sem tudták elindítani, mivel az érintett területek lakossága (Újváros, Szabadhegy, Bácsa) tiltakozott az építkezések megkezdése ellen.

A fenti programok, kezdeményezések tekintetében 1999-ben a Közgyűlés az alábbi határozatokat hozta (33/1999. (II.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat): A Jóléti Építők Program keretében további lakásépítést nem tart indokoltnak, az Idősek Háza programot egyenlőre befejezettnek tekinti, azonban felmérést készít az igényekről és ennek ismeretében tesz javaslatot a folytatásra. A Fiatalok Háza program folytatását támogatja, ugyanígy a fejleszthető önkormányzati lakásépítési formát is, továbbá támogatja a Szociális Lakásépítési

[55] országos településrendezési és építési követelmények

Program beindítását. A fenti, nagyobb programokban nem szerepelt, de a lakásgazdálkodás további jelentős feladataként jelenik meg a bérlakásvásárlás is (84/1997. (III.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A programok pénzügyi fedezetét a lakásértékesítésből befolyt bevételek jelentették, ugyanis az 1993-as Ltv. ide vonatkozó bekezdése[56] szerint az önkormányzat a lakóépületek elidegenítéséből származó bevételeit lakáscélokra és az ezekhez kapcsolódó infrastrukturális beruházásokra használhatja fel. Az önkormányzat lakásgazdálkodásában vállalt szerepének fontosságát jelzi, hogy a város költségvetésében 1995 óta jelennek meg önálló tételként a lakáscélú kiadások.

2004-ben az önkormányzat egy műszaki *fenntartási- és ingatlan-fejlesztési program*ot (481/2004. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat) fogadott el a 2005-2014 közötti időszakra, mely az önkormányzat kizárólagos tulajdonában lévő épületeire vonatkozott. A program célja ezen épületek műszaki és használati értékének megőrzése, illetve növelése volt. A program az épületeket a hosszú távú fenntartás szempontjából a következő csoportokba sorolta:

- *Megfelelő épületek*: általában 1970 után épültek vagy teljes felújításon estek át. Itt célként a műszaki állapotuk megtartása jelenik meg.
- *Felújítandó épületek*: műszaki állapotukat illetően jelentősen elhasználódott lakásokról van szó, melyek karbantartással nem hozhatók megfelelő színvonalra, így felújításuk/átalakításuk/korszerűsítésük szükséges. Műemléki, illetve helyi védettség alatt álló, a városképi megjelenés szempontjából meghatározó épületek ezek, továbbá még gazdaságosan felújítható, nagyobb értéket képviselő épületek, melyek 1970 előtt épültek, illetve felújításon estek át).
- *Bontandó épületek*: a városrendezési célok miatt bontásra ítélt épületek.
- *Ingatlan-fejlesztésre javasolt épületek*: olyan épületek, melyek a meglévő kedvezőtlen adottságaik miatt, illetve az elmulasztott felújítások miatt már alig használhatók, felújításuk nem gazdaságos, tehát elbontásuk szükséges és a kialakult beépíthető telek hasznosítható.

A lakásállomány összetételét tekintve a lakások 1/3-a megfelelő állapotban van, míg 1/5-e a lebontandó, illetve az ingatlan-fejlesztésre javasolt épületek körébe tartozik.

[56] A lakások és helyiségek bérletére, valamint az elidegenítésükre vonatkozó egyes szabályokról szóló 1993. évi LXXVIII. törvény 62. §

A győri önkormányzat 2007-ben alkotta meg és fogadta el *új lakáskoncepcióját* (202/2007. (VII.05.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), melyben kihangsúlyozza, hogy a rendszer továbbra sem önfenntartó, hiszen a lakásbérleti díjak nem fedezik a hosszú távú fenntartás költségeit, így a valós fenntartási költségek és a ténylegesen megfizetett lakbérek meglehetősen eltérnek egymástól, a kettő különbségét nem csak a szociálisan rászorulók kapják, hanem mindenki, aki korábban bármilyen jogcímen bekerült ebbe a körbe. Megfogalmazza továbbá, hogy a rendszer számos gyakorlati ellentmondást is magában foglal:

- Az önkormányzat jelentős teherrel kapta meg a lakásállományt, a felújításukra nem került sor, a jobb minőségű lakásokat az arra jogosultak többnyire megvásárolták.
- A lakások fenntartási költségei nőttek, a felújítások elmaradtak, így a működést napi szinten kell biztosítani.
- A tényleges új szerződések száma alacsony, a lakásállomány 2-2,5%-át teszik ki, ennek oka a megüresedések alacsony száma.
- A város korábbi költségvetésében szereplő lakásalap kimerült, mivel a fejlesztési célú beruházások megvalósultak, viszont a tervezett bevételek nem realizálódtak.

A koncepció megállapította, hogy az önkormányzatnak a lakásszektorban leszűkült a mozgástere, a meglévő épületek műszaki állapota folyamatosan romlik, nincs lehetőség új programok indítására, valamint csökkent a fiatalok önálló lakhatáshoz jutási támogatási is. Mindezek szükségessé tették a város lakáskoncepciójának felülvizsgálatát.

A koncepció külön kitér a határozatlan idejű lakásbérleti szerződésekkel kapcsolatos problémára is, mely lakások holttőkét jelentenek és szükséges hasznosításuk lehetőségét átgondolni. Önkormányzati bérlakásban kétféle típusú szerződéssel lehet lakni: meghatározott ideig szóló határozott idejű szerződéssel, illetve időponthoz nem kötött, határozatlan idejű szerződéssel. A határozatlan idejű szerződéseket 1994. január elseje (az Ltv. hatályba lépése) előtt kötötték meg, ezen időpont után ugyanis csak határozott idejű szerződések megkötésére van lehetőség. Itt csupán a bérleti jogviszony folytatások, a cserék és a csereelhelyezések jelentenek kivételt, azonban a korábbi szerződéses jogviszonyok itt is 1994 előttiek. A határozatlan idejű bérleti szerződéssel rendelkező lakások kevés kivételtől (felmondási okok, bérlő esetleges halála – utóbbi esetben is van lehetőség, hogy közeli hozzátartozó, eltartó a bérleti jogviszonyt folytassa) eltekintve csak akkor kerülnek vissza az önkormányzathoz újraelosztásra, ha a bérlő a bérleti jogviszonyát saját elhatározásából megszünteti. Ezen lakások esetében tehát a mobilitás nagyon alacsony, a bérlők nem igazán éreznek késztetést arra, hogy lakhatásukat önállóan megoldják, sőt sok esetben akkor is megtartják maguknak az

önkormányzati lakást, ha további tulajdonnal rendelkeznek. Mindezekből és más városok gyakorlataiból kiindulva a koncepció részletesen áttekinti a lakások jövőbeli értékesítésének szempontjait és feltételeit. A koncepció az alábbi bérlakás típusokat nem javasolja értékesítésre:

- a nyugdíjasházban elhelyezkedő lakások,
- a fiatalok házában elhelyezkedő lakások,
- garzonházakban elhelyezkedő lakások,
- az ingatlanfejlesztési célú területeken lévő lakások,
- a városrendezési okból bontásra ítélt épületekben lévő lakások,
- a 15 évnél nem régebben felújított vagy épült lakások,
- intézményi szolgálati lakások.

Javasolja értékesítésre viszont a határozatlan idejű szerződésekkel rendelkező lakásokat, illetve határozott idejű szerződéssel rendelkező lakásokat csakis szigorú szabályok mellett abban az esetben, ha a lakás olyan épületben van, amit a magas fenntartási, üzemeltetési esetleg felújítási költségek miatt nem akar megtartani az önkormányzat.

Az értékesítési bevételek felhasználásának felülvizsgálata során megállapították, hogy a lakások eladásából származó bevételek forrásul szolgálhatnak az önkormányzat által támogatandó, alábbi célokhoz:

- fiatal családok életkezdését szolgáló,
- időseknek biztonságot nyújtó,
- szociális helyzet alapján bérelt lakások számának növelésére,
- meglévő és megmaradó épületek, lakások műszaki állapotának javítására,
- első lakást szerzők kamatmentes kölcsöntámogatására,
- ifjúsági építési telkek kialakítására.

Mindezek alapján megállapítható, hogy az új lakásügyi koncepció továbbra is fenn kívánja tartani az 1993-ban indított *Fiatalok háza program*ot, azonban a program átgondolást igényel, ugyanis a 2000-es években jelentősen lecsökkent az előtakarékos pályázók száma. A *Nyugdíjas ház program* (korábban Idősek háza) Győr lakáskoncepciójának hosszútávon megtartandó, illetve középtávon bővítendő eleme. Felülvizsgálatot igényel a bekerülést megelőző orvosi vizsgálat rendszere, illetve az idősgondozással való összekapcsolás lehetősége. A nyugdíjas házak fontos szerepet töltenek be az önkormányzati lakásgazdálkodásban is, hiszen a lakásmobilitás tekintetében ugyanis ily módon bérlakások kerülhetnek vissza az önkormányzathoz, illetve az önkormányzat elővásárlási joga révén

lehetőség van a nyugdíjas házba költözők lakásainak megvásárlására. A korábbiaktól eltérő kvázi új típusként jelenik meg a *szociális célú lakások* típusa. A szociálisan nehezebb helyzetben lévő, tulajdont szerezni nem tudó, de lakást fenntartani képes lakosok támogatása érdekében szükség van önkormányzati lakás vásárlására. Új elemként jelennének meg a *kiléptető házak*, melyek lényege, hogy önkormányzati területen, önkormányzati beruházással olyan házak, sorházak, melyek alapvető szolgáltatást nyújtanának a bérlők számára, azonban a lakhatás biztosítása mellett a bérlők életvitelét szociális munkások segítenék, megteremtve annak a lehetőségét, hogy a családok később másik bérlakásba tudjanak költözni. Az első lakást szerzők önkormányzati *kamatmentes kölcsöntámogatási rendszer*ét továbbra is fenn kívánja tartani a koncepció, azonban a tulajdonszerzési formák, igények és a költségvetési lehetőségek figyelembevételével a támogatási rendszer átgondolására van szükség. A koncepció szükségesnek ítéli *ifjúsági építési telkek* kialakítását, melynek keretében az önkormányzat, saját területei igénybevételével, elő közművesítéssel piacilag kedvező áron építési telkeket alakítana ki, mely telkeket pályáztatással értékesítenének elsősorban fiatalok részére. Az önkormányzati tulajdonú épületek műszaki állapotának javítása a hosszú távú, folyamatos működőképesség megtartásának alapvető feltétele. Felújítással kell számolni az összes önkormányzati tulajdonú bérlemény 50%-ában, ide értve a műemléki és helyi védettség alatt álló épületeket, a városképi megjelenés szempontjából meghatározó épületeket, továbbá a még gazdaságosan felújítható, nagyobb értéket képviselő épületeket, melyek általában az 1970 előtt épült vagy felújított épületek.

2007-ben a határozatlan idejű szerződéssel rendelkező önkormányzati lakások értékesítését átgondolták és megalkották az új rendeletet[57]. Az új rendelet szerint a lakások a közgyűlés külön döntése alapján kerülhetnek értékesítésre, az elidegenítésre szerződéses elővásárlási jog gyakorlása útján van lehetőség. Továbbá fontos kiemelni, hogy a Magyar Államot minden más jogosultat megelőző elővásárlási jog illeti meg. Határozatlan idejű bérleti szerződéssel rendelkező lakások esetén a vételár a forgalmi érték megállapítása során figyelembe vett, a bérlő által a lakásra fordított és meg nem térített, a beszámítással el nem ismert, és igazolt értéknövelő beruházások értékével csökkentett beköltözhető forgalmi érték 70%-a.

A 2000-es években fontos továbbá kiemelni a győri lakásügyi politika két meghatározó elemét. Egyrészt Győr-Újváros területén elindult a szociális városrehabilitáció, mely a mai napig tart és a projektek révén önkormányzati bérlakások is megújultak (Fekete – Laczkovits-Takács, 2019a; 2019b), esettanulmányként a 3.4.3. alfejezetben részletesen

[57] 42/2007. (XII.21.) GYMJVÖ. rendelet az önkormányzati tulajdonú lakások és helyiségek elidegenítéséről

foglalkozok a témával. Az első ütemben 40db, a második ütemben 18db, a harmadik ütemben 15 modern szociális bérlakás kialakítása valósulhat(ott) meg. Másrészt Győr Sárás városrészének területén két ütemben 2016-ban és 2018-ban szociális bérlakások épültek. Összesen 26db, mindegyik 1,5 szobás és 49m2 alapterületű, mely típusra a beadott lakáskérelmek alapján mind szobaszám, mind méret tekintetében a legnagyobb szükség volt.

5.4.2 A győri önkormányzat hatályos lakásügyi feladatai

Az Mötv. is helyi önkormányzati feladatként definiálja a lakás- és helyiséggazdálkodást. Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata rendeletében[58] a lakásgazdálkodás területén kötelező feladatként fogalmazza meg az önkormányzati tulajdonban lévő lakások és helyiségek hasznosítását (bérbeadás, értékesítés, csere, jogutódlás elismerés, stb.) a bérbeadói jogokat gyakorló Győr-Szol Zrt. közreműködésével, valamint önként vállalt feladatként írja le a lakásvásárlás- és építési támogatások biztosítását. Az önkormányzat által ellátott lakásgazdálkodási feladatellátás részleteit a helyi rendelet tartalmazza[59]. Győr 1990 utáni lakásügyi politikáját egy külön tanulmányban megjelent tanulmányban is vizsgáltam (Laczkovits-Takács 2020).

A rendelet szerint a bérlakásban történő elhelyezés, illetve azt megelőzően a jogosultság megállapítására vonatkozó eljárás kérelemre, formanyomtatvány benyújtásával indul, kivételt jelent ez alól a pályázat útján elnyerhető bérlakás, ahol az eljárás pályázati nyomtatvány benyújtásával indul. A pályázat, illetve kérelem benyújtásánál többek között az alábbi általános rendelkezések az irányadók. Pályázatot, kérelmet házas- vagy élettársak csak együttesen nyújthatnak be. Számos esete van annak, amikor a benyújtott pályázat, kérelem nem hagyható jóvá. Ilyen eset, ha pályázatot, kérelmet benyújtó család vagy annak bármely tagja ½ tulajdoni hányadot meghaladó, lakhatás céljára szolgáló ingatlantulajdonnal rendelkezik; öröklési szerződéssel rendelkezik (tartási, életjáradéki vagy ingatlan tulajdonjogának megszerzése tárgyában); valamint kizárólagos haszonélvezeti joggal rendelkezik (ingatlannak legalább egy lakásegységet kitevő tulajdoni hányadát tekintve). Külön szabálycsoport vonatkozik az olyan pályázókra, kérelmezőkre, akik az önkormányzattal aktuálisan, illetve korábban bérleti jogviszonyban állnak/álltak. Ezek alapján kizáró ok az elbírálásnál, ha valaki önkormányzati bérlakás bérleti jogával rendelkezik, ez alól kivételt képez az átmeneti elhelyezés, valamint a mozgáskorlátozottak számára kialakított

[58] Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 30/2012. (XII.19.) önkormányzati rendelet (5. melléklet)
[59] 30/2018. (XII.20.) GYMJVÖ. rendelet - az önkormányzati tulajdonú lakások bérletéről, valamint a lakásvásárlás és –építés támogatásáról

bérlakásra, valamint nyugdíjasok házában történő elhelyezés iránti pályázat, illetve kérelem. Kizáró tényező továbbá, ha a pályázó, illetve kérelmező:

- a benyújtást megelőző 10 éven belül bérlakást kedvezményesen vásárolt, vagy elővásárlási jogáról lemondott,
- a benyújtást megelőző 10 éven belül bérlakást pénzbeli térítéssel visszaadott vagy magántulajdonra cserélt,
- a benyújtást megelőző 10 éven belül bérleti jogát neki felróható okból a bérbeadó felmondással megszüntette vagy bérlőtársi jogát a bíróság megszüntette vagy a tulajdonosi jog gyakorlója nem járult hozzá az újabb határozott idejű szerződés megkötéséhez,
- az általa bérelt lakás kiürítése iránti perben hozott, kiürítést elrendelő döntés jogerőre emelkedésétől számított 10 év a benyújtásig nem telt el,
- a benyújtást megelőző 5 évben belül lakást adott vissza,
- bérlőtársi jogáról lemondott (a benyújtástól számított egy évig nem nyújthat be kérelmet, pályázatot).

Győrben a bérlakásban történő elhelyezésre az alábbi jogcímeken van lehetőség:

1. előtakarékos pályázat alapján történő elhelyezés,
2. felújításos pályázat alapján történő elhelyezés,
3. mozgáskorlátozottak számára kialakított bérlakások pályázat alapján történő elhelyezés,
4. előzetes regisztrációs nyilvántartás alapján történő elhelyezés,
5. szociális bérlakásban történő elhelyezés,
6. nyugdíjasok házában történő elhelyezés,
7. nyugdíjasok házából távozó bérlő elhelyezése,
8. piaci vagy költségelvű lakbérrel történő pályázat,
9. átmeneti elhelyezés,
10. felújítás, átalakítás, korszerűsítés, bontás folytán megszűnő bérlakás bérlőjének elhelyezése,
11. városérdek által indokolt feladat vagy városfejlesztési, városrendezési cél megvalósítását szolgáló elhelyezési igény kielégítése,
12. tulajdonosi döntés alapján önkormányzati ingatlan értékesítésének elősegítéséhez szükséges elhelyezés,
13. bírósági ítélet vagy hatósági határozat végrehajtása,
14. társbérlet felszámolása,

15. Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata által fenntartott intézmény feladatának ellátása,
16. bérlőkijelölési joggal rendelkező, önkormányzattól független szerv feladatainak ellátása,
17. bérlakás megvásárlásának meghiúsulása következtében megszűnő lakáshasználati jog miatti elhelyezés.

A szociális bérlakásban történő elhelyezés, illetve az előzetes regisztrációs nyilvántartás alapján történő elhelyezés, valamint a nyugdíjasok házában történő elhelyezés, szociális rászorultság alapján történő bérbeadás. Nem szociális rászorultság alapján történő bérbeadás körébe tartozik az előtakarékossággal, a bérlakás felújítására, a mozgáskorlátozottak számára, a piaci vagy költségelvű lakbérrel történő hasznosításra meghirdetett pályázat, az átmeneti elhelyezés, az intézményi bérlakásban történő elhelyezés, valamint a városérdek által indokolt elhelyezés.

Az alábbi, 11. számú táblázat tartalmazza a *szociális bérlakásban*, illetve az *előzetes regisztrációs nyilvántartás alapján történő elhelyezés* jogosultsági feltételei közül a jövedelemhatárokat, melyek a család egy főre jutó havi nettó jövedelmére vonatkoznak. Itt fontos megjegyezni, hogy a jövedelemhatárok 2019. január elseje óta a mindenkori minimálbér bruttó összegének meghatározott százalékában kerülnek meghatározásra (30/2018. (XII.20.) GYMJVÖ. rendelet). Korábban a mindenkori nyugdíjminimum összegét vették alapul, azonban 2019 előtt jelentősen megnőtt azoknak az eseteknek a száma, amikor a bérlakás iránti kérelmet a jövedelemhatár túllépése miatt kellett elutasítani, tehát az alacsony munkabér alapú jövedelemmel rendelkezők kiszorultak a bérlakásra jogosultak köréből. Ennek oka főként abban keresendő, hogy míg a garantált bérminimum és a minimálbér minden évben emelkedett, addig a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összege változatlan maradt.

Az előzetes regisztrációs pályázat (mely típus egy győri sajátosság) esetén először a regisztrációs nyilvántartásba történő felvételről születik döntés, majd ennek birtokában a pályázó a pályázati hirdetményben szereplő, pályázható lakásokra nyújthat be pályázatot. A pályázót a hirdetményben meghatározott karbantartási munkák is terhelhetik, melyek elvégzése után kerül sor a bérleti szerződés megkötésére első alkalommal egy évre. Ugyanígy egy évre kerül megkötésre a bérleti szerződés a szociális elhelyezés esetén is.

11. táblázat: Jövedelemhatárok a szociális bérlakásban, illetve az előzetes regisztrációs nyilvántartás alapján történő elhelyezés esetén 2020-ban (a család egy főre jutó havi nettó jövedelmét figyelembe véve)

	Egytagú család esetén	**Olyan kéttagú családban, ahol eltartott személy nem él**	**Egyéb családban**
Szociális bérlakásban történő elhelyezés	56.350 - 112.700 Ft	40.250 - 80.500 Ft	40.250 - 64.400 Ft
Előzetes regisztrációs nyilvántartás alapján történő elhelyezés	112.700 - 152.950 Ft	80.500 - 136.850 Ft	64.400 - 99.820 Ft

Forrás: saját szerkesztés a 30/2018. (XII.20.) GYMJVÖ. rendelet alapján

A szociális rászorultság alapján történő elhelyezés harmadik típusa a *nyugdíjasok házában történő elhelyezés*, ahol a kérelem jóváhagyása az alábbi rendeleti feltételek teljesítése során lehetséges:

- a kérelmező a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló törvény alapján megállapított ellátásban részsül vagy az öregségi nyugdíjkorhatárt elérte,
- önmaga ellátására képes,
- a család egy főre jutó havi nettó jövedelme egytagú család esetén a 208.600 Ft-ot, kéttagú család esetén a 163.900 Ft-ot nem haladja meg,
- vállalja, hogy a hatályos bérleti szerződéssel bérelt lakását kiürítve visszaadja (amennyiben önkormányzati bérlakásban lakik) vagy vállalja, hogy a tulajdonában álló lakás- vagy ingatlanhányad forgalmi értékének 50%-át, de legalább 1.500.000 Ft-ot és legfeljebb 3.500.000 Ft-ot befizet vagy amennyiben bérlakás bérleti jogával vagy ingatlantulajdonnal nem rendelkezik, akkor 1.000.000 Ft összeget befizet.

A nyugdíjasok házában elhelyezett bérlő a lakhatáson túl térítésmentesen szolgáltatásokat vehet igénybe, így 24 órás gondozói ügyeletet, szükség esetén szakirányú segítséghívást, gyógyszeradagolást és éjszakai ügyeletben tisztázást és egyéb nem rendszeres segítségnyújtást.

A korábban Fiatalok háza program néven, az előtakarékosságot előtérbe helyező kezdeményezés a mai napig eleme az önkormányzat lakásgazdálkodási tevékenységének. Egy évben kétszer kerül kiírásra *előtakarékossággal meghirdett pályázat*, amiben a pályázó vállalja, hogy a bérleti szerződés 5 éves időtartama alatt legalább havi 60.000 Ft megtakarítást

félretesz az általa választott hitelintézetnél, valamint igazolja, hogy rendelkezik, a karbantartáshoz szükséges legalább 300.000 Ft összegű megtakarítással.

Népszerű pályázati lehetőség a *bérlakás felújítására meghirdetett pályázat*, mely során az önkormányzat a rossz műszaki állapotú, megüresedett lakás bérbeadására felújítási munkálatok előírásával hirdet pályázatot. Pályázati feltétel, hogy a pályázó igazolja, hogy rendelkezik a pályázati hirdetményben szereplő felújítási költség fedezetével, továbbá vállalja az esetlegesen felmerülő többletköltségeket. Jövedelemhatár e pályázati típusnál nincs. Bérleti szerződés a lakás felújítási munkálatainak elvégzését követően köthető.

A győri önkormányzat továbbra is támogatja a lakáshoz jutást a *kamatmentes önkormányzati kölcsöntámogatás* formájában, melyben a lakástulajdonnal nem rendelkező, nagykorú természetes személy első lakástulajdona megszerzéséhez részesülhet. A támogatás Győr város közigazgatási területén történő, legalább egy lakóegységet kitevő ingatlantulajdon vásárlásához vagy építéséhez adható, csak egyszer és egyféle jogcímen. Egy vagy kéttagú család esetén a család egy főre jutó havi nettó jövedelme nem haladhatja meg a 483.000 Ft-ot, egyéb család esetén a 362.250 Ft-ot. A rendelet szerint az alábbi esetekben nem nyújtható támogatás:

- telekvásárlás,
- hitelintézeti kölcsön vagy magánhitel kiváltásához vagy előtörlesztéséhez,
- haszonélvezettel, jelzálogjoggal, vételi joggal terhelt ingatlan vásárlásához, építéséhez, bővítéséhez,
- lakóépület átalakításához, felújításához,
- önkormányzati tulajdonú bérlakás megvásárlásához,
- ráépítés esetén, ha a tulajdonos nem járul hozzá, hogy a kölcsön biztosítékául jelzálogjog kerüljön az ingatlanra bejegyzésre.

A kölcsöntámogatás igénylésének további feltétele, hogy a jogos lakásigény mértékét nem haladhatja meg, melyet az alábbi, 12. számú táblázat tartalmaz, valamint legfeljebb 120 m^2 hasznos alapterületű ingatlan építéséhez, vásárlásához igényelhető.

12. táblázat: A jogos lakásigény mértéke

Együtt lakó és együtt költözők száma (fő)	**Lakószobák száma legfeljebb (db)**
1 és 2	kettő
3	két és fél
4	három
5	három és fél
6	négy
7	négy és fél
8	öt
minden további személy esetében	további fél szoba

Forrás: saját szerkesztés a 30/2018. (XII.20.) GYMJVÖ. rendelet 1. számú melléklete alapján

A kölcsöntámogatást igénylő személynek további feltételeknek is szükséges megfelelni. Nem részesülhet támogatásban az a személy, akinek előző lakásának bérleti jogviszonya neki felróható okból szűnt meg; bérlakást kedvezményes feltételekkel vásárolt meg; bérlakásának bérleti joga úgy szűnt meg, hogy vételi jogáról az arra jogosult javára lemondott; a kölcsöntámogatással érintett ingatlanon kívül 50%-ot meghaladó lakhatás céljára szolgáló ingatlan tulajdonrésszel vagy haszonélvezettel rendelkezik; kérelmében valótlan adatokat közöl; nem rendelkezik a kölcsöntámogatás visszafizetéséhez szükséges jövedelemmel, vagy a munkáltatói hitel nélkül számított önrész nem éri el az ingatlan vételára vagy a kivitelezési költség 10%-át; a jogügylet tárgyát képező ingatlan vásárlásához vagy építéséhez egy éven belül kamatmentes kölcsöntámogatást igényelt és kérelmét a jogos lakásigény mértékének túllépése miatt elutasították. A kölcsöntámogatás legmagasabb összege 2.000.000 Ft, melynek visszafizetési határideje 10 év, azonban a futamidő alatt bármikor kamatmentesen visszafizethető az önkormányzat számára. A 2015-2019 között beadott és jóváhagyott kérelmek számát a 13. táblázat mutatja.

13. táblázat: 2015-2019 között az évente beadott és jóváhagyott kamatmentes kölcsöntámogatások száma (db) és az önkormányzat által kifizetett kamatmentes kölcsöntámogatások összesen (forint)

	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Beadott kérelmek száma (db)	104	120	137	137	46
Jóváhagyott kérelmek száma (db)	89	107	119	111	39
Kamatmentes kölcsöntámogatás összesen (Ft)	135.300.000	139.960.000	153.890.000	152.200.000	60.350.000

Forrás: Saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal, Polgármesteri Kabinet, Népjóléti Osztály adatszolgáltatása alapján

5.4.3 Győr-Újvárosi szociális városrehabilitációs program területi dimenziói

Figyelemre méltó a győri önkormányzat elmúlt időszakban megvalósított és jelenleg is zajló szociális városrehabilitációs törekvése, mely Győr-Újváros városrész tekintetében látványos fejlődést indított el, nem csak az épített, fizikai környezet megújítása terén, hanem a lakosság szociális helyzetének javításában is. Éppen ezért külön esettanulmány (Fekete – Laczkovits-Takács 2019a) keretében részletes vizsgálat tárgyát képezte ez a terület. Győr-Újvárosban lezárult a rehabilitáció első üteme, mely lehetőséget nyújtott egy összehasonlító elemzésre, melynek keretében értékelhetők a lezajlott folyamatok.

A szociális városrehabilitáció indokoltsága Győr-Újvárosban

Hogy miért is Újváros vált az elmúlt időszak győri városrehabilitációs tevékenységének első számú területévé, érdemes a konkrét számok, adatok megismerése előtt nagyon röviden a történelmi előzményekre (Akcióterületi Terv 2012) is kitérni. Újváros Győr nyugati szélén elterülő városrész, mely az első olyan városrész volt a középkort követően a XVI. század elején, mely a városfalakon kívül benépesült. A fejlődés a török kor után indult el, majd a XIX. században vált Újváros azon patinás városrésszé, mely egészen az 1940-es évekig jellemezte. A fejlődés korszakaiban, a XVII-XIX. században alakult meg az egymás mellett élő öt felekezet, valamint épült fel a Kossuth Lajos utca és a Bálint Mihály utca műemlék házainak nagy része. Polgárok, vagyonos kereskedők, vállalkozók stabil egzisztenciával rendelkező kisiparosok telepedtek le a városrészben. Azonban a szocializmus évei alatt az állam rossz gazdának bizonyult és nem, vagy csak alig költött a Kossuth Lajos, a Bálint Mihály utcai és környékbeli épületek állagmegóvására. Így azok állapota folyamatosan romlott, mindezzel párhuzamosan a generációk óta itt élők, 1949 után bérlővé tett egykori tulajdonosok, illetve utódaik kényszerűségből költöztek el a városrészből az 1970-1980-as években. Helyükre a tanács a városszéli cigánytelep felszámolásával párhuzamosan

alacsonyabb társadalmi státuszú embereket költöztetett a lakásokba, mely folyamat kisebb mértékben, de folytatódott a rendszerváltás után is és mindez konzerválta a kialakult helyzetet. A romlás, a stagnálás hosszú időszaka után 2012-ig nem következtek a megújulás irányába tett lépések.

Az újvárosi szegregátum fő jellemzői

Kutatási téma előzményeit két stratégiai dokumentum, a 2008-ban elfogadott Győr Megyei Jogú Város Integrált Városfejlesztési Stratégiája (41/2008. (II.28.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), illetve a 2014-ben jóváhagyott Győr Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája (162/2014. (IX.12.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat) tekintetében vizsgáltam.

Az *Integrált Városfejlesztési Stratégia* (a továbbiakban: IVS) a 2001-es népszámlálási adatokat alapul véve beazonosította a kedvezőtlen adottságú vagyis alacsony státuszú rétegeket koncentráló városrészeket Győr városában. A helyzetelemzés adatait[60] felhasználva három eljárás[61] segítségével rangsorolták a városrészeket, melyek tekintetében az alábbi megállapításokat fogalmazták meg (IVS, 281):

- alacsony státuszú társadalmi csoportok szegregálódása leginkább Újváros, Gorkijváros és Gyárváros egy zónájában figyelhető meg, mindezt szükséges kiegészíteni Nyugat-Újvárossal és Szigettel, ahol mérsékeltebb a koncentráció,
- leghátrányosabb helyzetű városrész egyértelműen Újváros, hiszen a négyből három problémamutató esetében a legkedvezőtlenebb adatokat tudja felmutatni (20%-os munkanélküliségi ráta, 61%-os az alacsony végzettségűek aránya, a lakások egynegyede komfort nélküli vagy szükséglakás),
- a városrészek népessége alapján a legrosszabb helyzetű három városrészben él a lakosság 2,2%-a, az öt legrosszabb városrészt nézve már a lakosság 6,8%-a. Mindezek alapján elmondható, hogy az ilyen paraméterek alapján szegregált csoportok aránya alacsony a városban, de Újváros esetében különösen nagyok az eltérések.

A dokumentum továbbá kitér az alacsony társadalmi státuszú csoportokra is, melyeknek tagjai legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkeznek és rendszeres munkajövedelemmel pedig nem. Amennyiben ezen csoport aránya 50%-ot meghalad egy területegységen belül, azt szegregáltnak kell tekinteni. Összességében megállapították, hogy a

[60] A felhasznált adatok a következők voltak: foglalkoztatottsági, munkanélküliségi, iskolázottsági és lakás komfortossági mutatók, valamint az önkormányzat legfrissebb segélyezési és bérlakás koncentrálódásának adatai.
[61] A három alkalmazott eljárás a következő volt: rangsorolás, egységes fejlettségi index készítése adatredukciós eljárással és klaszterelemzés.

város lakosságának átlagosan 10%-a tekinthető alacsony státuszúnak, nincs olyan városrész, ahol ez a csoport eléri a lakosság 50%-os arányát. Azonban messze kiemelkedve a győri városrészek megoszlási struktúrájából, az alacsony státuszúak koncentrációja Újvárosban a legmagasabb. Az IVS helyzetelemzésére alapozva az újvárosi városrész tekintetében az alábbi jellemzők emelhetők ki:

- halmozottan hátrányos helyzet a városrészben,
- a kormegoszlás tekintetében a 14 év alattiak aránya kiemelkedő, ami egyúttal magas gyermeklétszámot is jelent[62],
- az újvárosi óvodában a halmozottan hátrányos helyzetűek aránya meghaladja a 60%-ot,
- deficit figyelhető meg az aktív korú lakosság tekintetében, ehhez kapcsolódóan a lakosság munkaerő-piaci státusza is kedvezőtlen,
- a komfort nélküli lakások aránya Újvárosban a legmagasabb,
- az önkormányzati tulajdonú lakások aránya meghaladja a 40%-ot,
- a városfejlesztési kézikönyv által meghatározott két alapmutató esetében a városrész meghaladja az 50%-os kritérium-értéket (a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya a városrészben 61,4%, míg a rendszeres munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya 62,8%).

Összességében kijelenthető, hogy a 2001-es népszámlálási adatok alapján Újváros olyan nagyobb, egybefüggő szegregált, több dimenziót is tekintve hátrányos helyzetekkel jellemezhető területet képez a városon belül, ahol az anti-szegregációs terv készítésének útmutatója alapján 50 főnél nagyobb koncentrációja figyelhető meg az alacsony státuszú lakosoknak, mely alapján Győr Megyei Jogú Város anti-szegregációs programjának elsődleges célterületeként tekinthetjük Sziget városrész vele határos területeivel együtt. A program beavatkozási területei a lakhatási, az oktatási, a munkaerő-piaci integráció és a szolgáltatásfejlesztés, valamint átfogó fejlesztési projektként Újváros rehabilitációja kulturális negyed kialakításával, mely utóbbi ingatlan felújítást, funkcióbővítést, valamint a közutak és a közműhálózat fejlesztését foglalja magában.

Az *Integrált Településfejlesztési Stratégia* (a továbbiakban ITS) releváns fejezete a 2001-es adatok alapján megjelölt szegregált vagy szegregációval veszélyeztetett területek aktuális viszonyainak vizsgálatát tartalmazza a 2011-es népszámlálás adatainak segítségével. Az adatokat elemezve az alábbi megállapítások fogalmazhatók meg:

[62] 100 családra 139 gyermek jut, ami messze meghaladja a városi átlagot.

- javulás figyelhető meg a foglalkoztatás terén, Újváros esetében 10 év alatt 5%-os növekedés figyelhető meg aktivitás tekintetében, amivel párhuzamosan a tartós munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya csökkent,
- azonban a munkanélküliségi ráta továbbra is magas,
- az aktív korú lakosságon belül még mindig magas a legfeljebb általános iskola végzettség aránya, de egyúttal megfigyelhető a legmagasabb iskolai képzettség folyamatosan felfelé tolódása,
- az alacsony komfortfokozatú lakások aránya továbbra is magas főként Újváros esetében.

Gyakorlatilag az összes fejlettséget mérő mutató tekintetében pozitív változás tapasztalható 10 év viszonylatában.

2016-ban módosították a 2014-ben elfogadott ITS-t és elfogadták Győr Megyei Jogú Város 2016-2020 közötti időszakra vonatkozó anti-szegregációs programját (142/2016. (IX.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Mindezek hátterében az állt, hogy az ITS 2014-es készítésekor még nem állt rendelkezésre a KSH 2011-es népszámlálási adatai alapján részletes adatbázis, ebből kifolyólag nem voltak kimutathatóak a szegregált és szegrációval veszélyeztetett területek.

A KSH Népjóléti Főosztálya a 2011-es népszámlálási adatokból kiindulva a szegregációs mutató alapján lehatárolta Győr város három szegregátumát (14. táblázat) és három szegregációval veszélyeztetett területét. A szegregációs mutató alapján szegregátumról beszélünk, amennyiben a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők és a rendszeres munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya a 15-59 év közötti aktív korúakon belül meghaladja a 35%-ot (312/2012. (XI.8.) Korm. rendelet).

14. táblázat: Szegregátumok Győr városában (2011)

Elnevezés	**Érintett utcák**
1. szegregátum	Veszprémi út, Szent Imre út, Kismegyeri út
2. szegregátum	Majorok utca; Pásztor utca; Síp utca
3. szegregátum	Bercsényi liget, Erkel F. u., Kossuth L. u., Jakobinus u., Bálint M. u., Beér Köz, Kossuth L. u., Transzportház u., Bálint M. u., Budai N. A. u., Selyem u., Sütő u., Cukrász köz, Rózsa köz, Kossuth L. u., Festő u., Városház köz

Forrás: Saját szerkesztés a 142/2016. (IX.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat alapján

A 14. táblázatban megjelölt 3. szegregátum a város legnagyobb méretű szegregátuma, 2011-ben 384 fő élt a megjelölt utcákban, melyek Újváros városrészben találhatók. A szegregátumot jellemző adatok közül kiemelendő a legfeljebb általános iskolai végzettséggel

rendelkezők aránya az aktív korúak tükrében, mely 52,5%, a rendszeres jövedelemmel nem rendelkezők aránya az aktív korú lakosság körében, ami 65%-ot tesz ki, valamint az alacsony komfortfokozatú lakások aránya, ami eléri a 30%-ot. A 2011-es adatok alapján továbbra is elmondhatjuk, hogy Újváros városrészt érinti legsúlyosabb mértékben a szegregáció kérdése.

Győr-Újváros városrészi demográfiai és gazdasági mutatóinak forrásaként a Központi Statisztikai Hivatal 2001-es és 2011-es népszámlálási adatait, valamint Győr Megyei Jogú Város Településfejlesztési Koncepciójához és Integrált Településfejlesztési Stratégiájához készült Megalapozó vizsgálatot használták fel. Egyes mutatók tekintetében rendelkezésre álltak pontos adatok a 2001-es év tekintetében is, melyeket a 15. számú táblázat összegzi. Mindegyik mutató tekintetében elmondhatjuk, hogy 10 év alatt pozitív folyamatok zajlottak le, ugyanis a városrész lakossága habár minimális, de 1%-os növekedést mutat, ami 56 főt jelent. A városrész korszerkezetét tekintve a fiatal népesség magas arányával tér el a többi városrésztől. A munkanélküliek arányát tekintve továbbra is hagyományosan magas értékekkel jellemezhető a városrész. Az alacsony komfortfokozatú lakások aránya a külterületeket leszámítva Újváros esetében magas, ugyanígy az önkormányzati tulajdonú lakások aránya is (16. táblázat).

15. táblázat: Győr-Újváros egyes mutatóinak változása (2001-2011)

Mutató megnevezése	**2011**	**Változás 2001-hez képest (%-pont)**
Lakónépesség (fő)	5672	1
Aktivitási ráta (%)	53,2	5,4
Tartós munkajövedelemmel nem rendelkező aránya a 15-59 éves népességben (%)	43,7	-5,7
Legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya az aktív korúakon belül (%)	21,4	-6
Felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya a 25 évnél idősebb népességen belül (%)	19,6	9,9

Forrás: Saját szerkesztés KSH 2001-es és 2011-es népszámlálás adatai alapján

16. táblázat: Győr-Újváros egyes mutatók függvényében (2011)

Mutató megnevezése		2011
Korcsoport (%)	0-14 éves	15,9
	15-59 éves	65,9
	60 év feletti	18,2
Öregedési index		1,15
Foglalkoztatott nélküli háztartások aránya (%)		29,1
Munkanélküliek aránya (%)		8,1
Tartós munkanélküliek aránya a munkanélkülieken belül (%)		60,9
Alacsony komfortfokozatú lakások aránya (%)		13,4
Önkormányzati tulajdonú lakások aránya (%)		13,9

Forrás: Saját szerkesztés KSH 2011-es népszámlálás adatai alapján

Újvárosban jelenleg 288db önkormányzati tulajdonú lakás van, melyből 146 aktív lakásról beszélhetünk. Az aktív lakásokon belül az alábbi megoszlás figyelhető meg:

- 32db komfort nélküli,
- 21db félkomfortos,
- 40db komfortos,
- 53db összkomfortos.

Városrehabilitációs intézkedések Újvárosban

Ahogy országos viszonylatban is elmondható, úgy helyi szinten is, hogy a rendszerváltás előtt nem nagyon fordítottak figyelmet az épületállomány karbantartására, szükséges felújításokra, bár az 1980-as években voltak kísérleti próbálkozások, de az épített környezet problémái halmozottan jelentkeztek 1990 után és az elhanyagolt épület- és lakásállományú városrészek jelentős hátránnyal indultak a lakáspiacon. A 2012 előtt, az újvárosi akcióterületen lezajlott városrehabilitációs tevékenységek közül meg kell említeni a Kossuth Lajos utcai volt zsinagóga épületének felújítását, az akcióterület környezetében lezajlott tevékenységek közül pedig a Rába Quelle Gyógy-, Termál és Élményfürdő kialakítását a régi fürdő helyén. (Akcióterületi terv 2012).

Az első nagyobb lépésre Újváros városrész rehabilitációja érdekében a Nyugat-Dunántúli Operatív Program keretében 2011-ben került sor az első körös pályázati anyag (38/2011. (II.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), majd 2012-ben a második körös pályázati anyag, köztük a végleges Akcióterületi Terv jóváhagyásával a „Szociális városrehabilitáció Győr-Újváros területén” elnevezésű pályázat kapcsán (133/2012. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az újvárosi szociális városrehabilitációs projekt I. ütemének megvalósítása 2012.11.01-2014.12.31. között zajlott le. Az akcióterület lehatárolását és a projektelemeket az

2. ábra mutatja be. A projekt egyaránt tartalmazott infrastrukturális, beruházás jellegű és soft elemeket, melyek az alábbi beavatkozások formájában valósultak meg:

1. infrastrukturális, beruházás jellegű fejlesztési elemek
    - lakófunkciót erősítő tevékenységek: összesen 40db modern szociális bérlakás kialakítása 6 épületben (Kossuth Lajos utca 15., 19., 21., 22/B., 26., 28.),
    - közösségi funkciókat szolgáló tevékenységek: Újvárosi Szent József római katolikus plébániatemplom külső felújítása,
    - közszféra funkciónak megerősítését szolgáló fejlesztések: rendőrségi helyiség kialakítása a Kossuth Lajos utca 13. számú épület földszintjén; Kossuth Lajos Általános Iskola épületének homlokzati felújítása (Kossuth Lajos utca 13.),
    - közterületek fejlesztése: Bercsényi liget közterületi rehabilitációja (Híd utca – Jakobinus utca közötti szakaszon) – pihenőpark, játszótér, KRESZ-park kialakítása; szelektív hulladékgyűjtő sziget kialakítása a Bercsényi ligetben,
    - gazdasági funkciót szolgáló tevékenységek – 5db üzlethelyiség kialakítása – Kossuth Lajos utca 15., 19., 26. számú épületek földszintjén.
2. infrastrukturális, beruházás jellegű fejlesztéseket kiegészítő „soft” elemek
    - az érintett lakosság bevonását célzó egészségügyi akciók: egészségügyi szűrővizsgálatok,
    - közösségfejlesztést és a szabadidő hasznos eltöltését segítő szolgáltatások, tanfolyamok, képzési programok kialakítása: szakemberek, felnőttek, fiatalok képzése (munkaerőpiaci beilleszkedést/visszailleszkedést segítő képzés felnőttek részére, hátrányos helyzetű fiatalok szakképzésbe való bevonását célzó oktatási program); iskola programok (Kossuth Lajos Általános Iskola),
    - helyi környezettudatosság elterjesztését segítő tájékoztatási, szemléletformáló akciók,
    - családsegítő szolgáltatás kiterjesztése, bővítése a helyszínen, valamint a kötelező feladatellátáson túl szociális, gyermekjóléti szolgáltatások kialakítása,
    - bűnmegelőzést elősegítő programok, bűnmegelőzés és közbiztonság erősítésével kapcsolatos képzési, szemléletformáló programok, helyi bűnmegelőzési stratégiák és cselekvési tervek elkészítése (szomszédsági rendőrség program, prevenciós szakmai program, ifjúságvédelmi portyaszolgálat,

- soft tevékenység közvetett eljárásrendben miniprojektek formájában (a soft témakörökhöz kapcsolódnak, egy-egy szolgáltatásra, akcióra korlátozódnak).

2. ábra: Az újvárosi szociális városrehabilitációs projekt I. ütemének akcióterülete és a projektelemek

Forrás: Akcióterületi terv, 159. o.

Empirikus vizsgálat eredményei

A vizsgálat második szakaszában feltártam a szociális városrehabilitáció főbb intézkedéseit. A stratégiai dokumentumok elemzésével felvázoltam a legfontosabb beavatkozásokat. Az empirikus vizsgálatok során arra voltam kíváncsi, hogy az egyes beavatkozások milyen változásokat eredményeztek a hard infrastruktúrában, illetve a soft tényező terén? E két vizsgálati szemponthoz hét indikátort rendeltem (17. táblázat).

17. táblázat: Vizsgálati szempontok és a hozzá rendelt indikátorok

Vizsgálati szempont	**Indikátorok**
Hard infrastruktúra változása	I1. Lakásszám
	I2. Üzlethelyiségek száma
	I3. Lakások komfortfokozata
	I4. Lakások alapterülete
Soft tényezők változása	I5. Lakbérek alakulása
	I6. Rendszeres támogatást igénylők
	I7. Átmeneti támogatást igénylők

Forrás: Saját szerkesztés

Az indikátorok kiválasztásánál arra törekedtem, hogy a hat felújított lakóépület esetében a rehabilitáció beavatkozásait megelőző és az azokat követő állapotban is rendelkezésre álljanak a szükséges adatok. A kiinduló állapot adatait a rehabilitációt megelőző akcióterületi felmérésből szűrtem le, míg a rehabilitáció utáni állapotot a győri Polgármesteri Hivatal adatszolgáltatása alapján rekonstruáltam. Az adatok értékelése során a változások irányát elemeztem, így az egyes indikátoroknál pozitív és negatív elmozdulásokat vizsgáltam.

Összehasonlító elemzés

Az elemzés alapján kísérletet teszek egy összehasonlító elemzésre az első körös városrehabilitáció előtti és utáni, 2018-as állapotokról a felújított 6 lakóépület tekintetében. Az érintett lakóépületek lakásszámával kapcsolatban elmondható, hogy míg a rehabilitáció előtt 46db elavult, rossz állagú és alacsony komfortfokozatú lakás állt az önkormányzat rendelkezésére, addig a rehabilitáció után 42db modern szociális lakás, ami enyhe csökkenést jelent mind a lakásszám (18. táblázat), mind a lakosságszám tekintetében. Egy lakóház esetében növekedett a lakások száma, három lakóház esetében csökkent a kialakított lakások száma, míg kettő lakóház esetében nem történt változás a lakások számában. A lakások hasznosítási módját tekintve: míg korábban mindegyik lakás szociális bérlakásként funkcionált, addig a felújítás után a szociális bérlakások mellett a két akadálymentesített lakást mozgáskorlátozottak számára kialakított lakásként hasznosítottak. Mindegyik lakóépület esetében mind a rehabilitáció előtt, mind azután a lakófunkció a domináns. Vegyes funkcióról, vagyis a lakó és gazdasági funkció együttéléséről három lakóház esetében beszélhetünk. A gazdasági funkciót korábban négy üzlethelyiség testesítette meg, míg a felújítás után számunk eggyel növekedett és a lakásokhoz hasonlóan minőségbeli változásokat is hozott a korszerűsítés (19. táblázat). A Kossuth Lajos utca 19. szám alatti épületben a négy önkormányzati lakás és az egy üzlethelyiség mellett egy közfunkció is helyett kapott, egy

rendőrségi iroda kialakításával. A lakások komfortfokozatát és az abban történt pozitív változást a 20. táblázat mutatja. Míg a felújítás előtt a lakások több mint 24%-a komfort nélküli, kicsivel több mint 26%-a félkomfortos és több mint 45%-a komfortos komfortfokozatú volt és csupán 2 lakás volt összkomfortos, addig a felújítás után mind a 42db lakás összkomfortos komfortfokozatú, ami azt jelenti, hogy gyakorlatilag azt jelenti, hogy a lakások több mint 95%-ban történt komfortfokozat-beli javulás a legmagasabb, összkomfortos komfortfokozat irányába. A lakások nagyságát, alapterületeit összehasonlítva megállapítható, hogy bár összességében a lakások száma csökkent, a lakások átlagos alapterülete növekedett. Míg korábban 30 lakás volt 50 m2 alatti, addig a felújítás után már csak 12 lakás rendelkezett ekkora alapterülettel. Az 50-100 m2 közötti alapterületű lakások száma jelentősen megnövekedett (15-ről 29-re), ami szintén pozitív irányú változást jelent (21. táblázat).

18. táblázat: Lakások számának változása

Lakóház címe	**Lakások száma (db)**	
	2010	**2018**
Kossuth Lajos utca 15.	3	5
Kossuth Lajos utca 19.	5	4
Kossuth Lajos utca 21.	5	5
Kossuth Lajos utca 22/B.	7	6
Kossuth Lajos utca 26.	7	7
Kossuth Lajos utca 28.	19	15
Összesen	*46*	*42*

Forrás: Saját szerkesztés az Akcióterületi terv és Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala adatszolgáltatása alapján

19. táblázat: Az üzlethelyiségek számának változása

Lakóház címe	**Üzlethelyiségek száma (db)**	
	2010	**2018**
Kossuth Lajos utca 15.	1	1
Kossuth Lajos utca 19.	1	1
Kossuth Lajos utca 21.	0	0
Kossuth Lajos utca 22/B.	0	0
Kossuth Lajos utca 26.	2	3
Kossuth Lajos utca 28.	0	0
Összesen	*4*	*5*

Forrás: Saját szerkesztés az Akcióterületi terv és Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala adatszolgáltatása alapján

20. táblázat: A lakások komfortfokozata a szociális városrehabilitáció első üteme előtt és után

Lakások komfortfokozata	Lakások száma (db)	
	2010	2018
Komfort nélküli	11	0
Félkomfortos	12	0
Komfortos	21	0
Összkomfortos	2	42
Összesen	*46*	*42*

Forrás: Saját szerkesztés az Akcióterületi terv és Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala adatszolgáltatása alapján

21. táblázat: A lakások alapterülete a városrehabilitiáció első üteme előtt és után

Alapterület	Lakások száma (db)	
	2012	2018
kevesebb mint 50m2	30	12
50-100m2	15	29
több mint 100m2	1	1
Összesen	*46*	*42*

Forrás: Saját szerkesztés az Akcióterületi terv és Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala adatszolgáltatása alapján

Vizsgálat tárgyát képezte a lakbérek alakulása is. Az önkormányzati lakbérek esetében fontos megjegyezni, hogy a lakbérek számítását több tényező határozza meg. Alapszabályként elmondható, hogy a lakbért a lakás alapterülete, a lakás használati értékének számszerűsített mértéke és az egységdíj szorzata határozza meg (18/2004. (IV.16.) GYŐRMJVÖ rendelet). A lakás használati értékének megállapításakor pedig figyelembe kell venni a lakás komfortfokozatát és fűtési módját, az épület építési módját és felújítottságát, valamint a lakóövezet városon belüli elhelyezkedését. A városrehabilitáció elindítása előtti, 2012-es adatok alapján 19 lakás esetében kaptunk adatokat a lakbérek mértékéről, ugyanis a többi lakás már üres volt. A legalacsonyabb lakbért (2 880 Ft) egy komfort nélküli, 27m2-es lakásért, míg a legmagasabb lakbért (14 196 Ft) egy összkomfortos, 120m2-es lakásért kellett fizetni. A felújítás révén a lakások használati értéke jelentősen megnövekedett, ezáltal a lakbérek tekintetében is növekedés tapasztalható. A felújítás után a legkisebb, 32 m2-es lakás lakbére 12 544 Ft lett, míg a legnagyobb 124 m2 lakás esetében a lakbér pedig 43 613 Ft-ra változott. Tehát a magasabb színvonalú lakások bérleti díja kb. háromszorosa a kiinduló állapotnak.

Végeztem továbbá egy összehasonlítást a vizsgált 6 lakóházban lakók szociális helyzetét illetően, elemezve az önkormányzattól rendszeres és átmeneti segélyben részesülők számát. A 22. táblázat mutatja, hogy míg a rendszeres támogatások tekintetében minimális

csökkenés figyelhető meg, addig az átmeneti támogatás tekintetében számottevő csökkenésről beszélhetünk. Itt szükséges azonban megjegyezni, hogy az érintett lakásokban a lakosság kissé kicserélődött, ugyanis a városrehabilitáció előtt e lakások bérlőinek csupán egy része költözött vissza a felújított lakásokba, a korábbi lakók nagy része a felújítás megkezdése előtt felajánlott másik önkormányzati lakásban való maradást választotta.

22. táblázat: Az önkormányzat által nyújtott támogatások a városrehabilitiáció első üteme előtt és után

Önkormányzat által nyújtott támogatások	**2012**	**2018**
Rendszeres támogatások (háztartás)	13	12
Átmeneti támogatás (alkalom)	14	9

Forrás: Saját szerkesztés Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala adatszolgáltatása alapján

Az összehasonlító elemzés összegző eredményeit a 23. táblázat tartalmazza. A hard infrastruktúra változásai túlnyomórészt pozitív képet mutatnak, a rehabilitáció intézkedései során az épített környezet jelentős fejlődésen ment át a hat lakóépület esetében. Nőtt a kiadható üzlethelyiségek száma, mely bevételi lehetőségeket biztosít a társasházak részére, továbbá a városrész kiskereskedelmi ellátottságának javításához is hozzájárul. Látható, hogy a lakások komfortfokozata jelentős pozitív irányú változáson ment keresztül, hiszen valamennyi lakás összkomfortossá vált, ráadásul nagy részük esetében az alapterület is növekedett, így élhetőbb otthonok tudtak kialakulni. Nyilván ezen folyamatok miatt a lakások száma enyhe csökkenést mutat a rehabilitációt megelőző időszakhoz képest.

23. táblázat: Az összehasonlító elemzés eredményei

Vizsgálati szempont	**Indikátorok**	**Értékelés**
Hard infrastruktúra változása	I1. Lakásszám	-
	I2. Üzlethelyiségek száma	+
	I3. Lakások komfortfokozata	+
	I4. Lakások alapterülete	+
Soft tényezők változása	I5. Lakbérek alakulása	-
	I6. Rendszeres támogatást igénylők	+
	I7. Átmeneti támogatást igénylők	+

Forrás: saját szerkesztés

A rehabilitációt követő időszakban a soft tényezők alakulása ellentmondásos képet mutat. Egyértelműen pozitívan értékelem, hogy mind a rendszeres, mind az átmeneti szociális támogatást igénylők köre jelentősen csökkent, ebből arra következtethetünk, hogy a városrész szociális helyzete javult. Ez akkor is pozitív a városrészben élők számára, amennyiben ezt a változást úgy érte el az önkormányzat, hogy nem minden bérlő költözhetett vissza korábbi

bérleményébe (ezt a lakásszám csökkenés egyébként is indokolja). Szociális szempontból ugyanakkor fel kell hívni a figyelmet arra a tényezőre, miszerint a lakbérek kb. háromszorosára drágultak a felújítást követően. Ennek oka egyértelműen a korábbi komfort nélküli, illetve félkomfortos lakások összkomfortossá tétele. E magasabb szolgáltatási színvonal értelemszerűen drágább lakhatást jelent. Azt is hangsúlyoznunk kell, hogy még ezek a bérleti díjak is a piaci ár töredékét jelentik, így a szociális bérlakásban élők valóban jelentős kedvezménnyel tudják biztosítani lakhatásukat a belváros szomszédságában.

A győri egészségügyi és szociális szolgáltatások és Újváros kapcsolódási pontjai

Egy kisebb kutatás keretében (Fekete – Laczkovits-Takács 2019b) külön foglalkoztam a szociális városrehabilitációs vizsgálatok során egyes győri humánszolgáltatások és Újváros kapcsolódási pontjaival. Az újvárosi városrész tekintetében külön vizsgálat tárgyát képezte, hogy Győr humánszolgáltatási feladatainak szociális pillérjét tekintve milyen a városrész, a városrészi lakosság intézményi ellátottsága. A szociális pillérhez tartozó 0-3 éves korú gyermekek ellátását szolgáló bölcsőde nem található a városrészben, úgy mint a hajléktalan személyek ellátását biztosító intézmény sem. A Család- és Gyermekjóléti Központ, mely magában foglalja a család- és gyermekjóléti szolgáltatást, az újvárosi részben működteti újvárosi irodáját, mely alapszolgáltatási feladatokat, klasszikus családsegítést, valamint a gyermekvédelmi alapszolgáltatási feladatokat lát el. Az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény alapszolgáltatási feladatként biztosítja a nappali ellátást az idősek számára, melynek keretében a családsegítővel közös épületben működteti a 10. számú Idősek Klubját. A házi segítségnyújtás az EESZI szomszédos városrészben, Révfaluban található I. sz. Gondozási Központon keresztül valósul meg. Az épület felújítására Újváros rehabilitációjához kapcsolódva önkormányzati forrásból került sor 2010-ben, új helyet biztosítva a szociális ágazat imént említett szolgálatainak. A szociális pillérhez kapcsolódóan meg kell említeni továbbá a városrészben működő Szent Cirill és Method Alapítványt, mely 2001. február 1. óta ellátási szerződés keretében ellátja a családok és gyermekek átmeneti ellátását, mint az önkormányzat kötelező feladatát. A humánszolgáltatások lakásügyi pillérjéhez kapcsolódó feladatellátás infrastrukturális hátterével kapcsolatban elmondható, hogy Újvárosban a vizsgálat időpontjában 288db önkormányzati tulajdonú lakás volt, melyet már korábban is említettem.

Röviden fontosnak tartom megemlíteni a szociális városrehabilitációs tevékenység folytatásaként az újvárosi szociális városrehabilitációs projekt II. ütemét, melyet 2016-ban indítottak el. A második ütem keretében az infrastrukturális, beruházás jellegű fejlesztéseket

és a soft tevékenységeket külön projekt formájában valósították meg. A Terület- és Településfejlesztési Operatív Program keretein belül meghirdetett felhívásra pályázatot 2016-ban nyújtottak be (1/14/10/2016. PM. határozat és 22/04/05/2016. PM. határozat).

A projekt által meghatározott specifikus célok konkrét tevékenységekben valósultak meg, melyek számos ponton kapcsolódnak a győri humánszolgáltatások egyes elemeihez és megvalósításukkal pozitív fejlődést, hatást fejthetnek ki a városrészben kínált humánszolgáltatási feladatok minőségére is. A szociális pillérhez kapcsolhatók értelemszerűen a szociális cselekvési terület tevékenységei, valamint a foglalkoztatási cselekvési területen megjelölt két tevékenység, ugyanis a családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatás kiterjesztését, bővítését jelöli meg kitűzött célként. Az egészségügyi, illetve a közösségfejlesztés-integráció cselekvési területekhez tartozó tevékenységek egyrészt kapcsolhatók a modell egészségügyi pillérjéhez, de emellett sokkal inkább erősebb kapcsolódás figyelhető meg a WHO Egészséges Városok Programhoz, ugyanis a tevékenységek célja nem elsősorban a helyi egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolódik, hanem különös figyelmet szentel a mozgásra, sportolásra, a megelőzésre, valamint az egészségfejlesztésre.

5.4.4 Összegzés

A fejezetben bemutattam Győr város lakáspolitikáját az 1990-es évektől kezdve a lakásgazdálkodás területén született helyi rendeletek, közgyűlési határozatok, illetve a Polgármesteri Hivatal Humánszolgáltatási Főosztálya által szolgáltatott statisztikai adatok segítségével. Ahogy a humánszolgáltatások keretében ellátott többi feladatnál, helyi közszolgáltatásnak, úgy a lakásgazdálkodás területén is a kezdetektől számos jó gyakorlat figyelhető meg Győr városában. Fontos megjegyezni, hogy e területen Győrben nem csupán a klasszikus értelemben vett szociális bérlakásokról beszélhetünk, hanem végig prioritásként jelenik meg az önkormányzat lakáspolitikájában a szépkorú generáció lakhatási problémáinak kezelése, illetve a fiatalok, családok lakáshoz jutásának támogatása is, a szociálisan rászorulók támogatása, segítése mellett. Az előtakarékossággal meghirdetett lakáspályázat és a bérlakás felújítására meghirdetett pályázat, nagyon népszerű lehetőségnek bizonyult az elmúlt években, főleg azért mert a rendeleti feltételek között itt nem szerepel jövedelemhatár, így jóval szélesebb a pályázók köre. Szintén jó győri gyakorlatként azonosítható a kamatmentes önkormányzati kölcsöntámogatás, mely jó lehetőséget biztosít a Győrben való letelepedésre a szociálisan nem rászoruló, lakhatásukat majdnem önállóan megoldani tudó kérelmezőknek. Egyedi, győri lakáspolitikai eszköz továbbá az előzetes regisztrációval meghirdetett lakáspályázat.

Az egyik alfejezet kvázi esettanulmányként a győri önkormányzat szociális városrehabilitációs tevékenységéről kívánt átfogó képet adni, mely igazi lendületet a 2012-es évtől vett, bár már régóta szükség lett volna a megújításra a leromlott állapotú Újváros városrész vonatkozásában. A városrehabilitáció szociális típusának kiválasztása nagyon megalapozott döntésnek bizonyult, ugyanis a városrészben korántsem csak az épületállomány felújítására volt szükség, hanem a helyi társadalom, gazdaság és környezet megújulását kiemelt hangsúllyal kell kezelni a projektek során, elsősorban a szoft tevékenységek segítségével. A városrehabilitáció szükségességét alátámasztó empirikus adatok vizsgálata mellett külön hangsúlyt fektettem a rehabilitáció indokoltságának vizsgálatára. A rehabilitáció keretében a korábbi, leromlott állapotú önkormányzati lakások helyett ma 40 modern szociális bérlakást tud az önkormányzat a szociálisan rászorulók rendelkezésére bocsájtani, sőt minden lakást összkomfortos komfortfokozatban, mely szintén minőségi előrelépést jelent. A hard infrastruktúra fejlesztése mellett a szociális városrehabilitációs projektek által nyújtott szoft tevékenységek kiegészítik és többletszolgáltatást nyújtanak a városrész lakossága számára. Összességében pozitív változásokat tapasztaltunk a városrehabilitációs projekt nyomán, mind a hard infrastruktúra, mind pedig a soft jellemzők területén. A városrészben egyértelműen minőségi változások zajlottak, a városkép esztétikusabbá, a bérlakások lakhatóvá váltak, az ott élők pozíciója is erősödést mutat. Kétségtelen ugyanakkor, hogy ez sok esetben együtt jár a korábban ott élők elköltözésével, új bérlők megjelenésével, a bérleti díjak emelkedésével. A városrehabilitáció szükségességét alátámasztó empirikus adatok vizsgálata mellett külön hangsúly vetült a városrehabilitációs tevékenységek és egyes győri humánszolgáltatások kapcsolódási pontjaira, összefüggéseire, valamint a rehabilitáció indokoltságának vizsgálatára.

A fejezet szociális városrehabilitációval foglalkozó részéhez kapcsolódik a disszertációban megfogalmazott H5 hipotézis, mely szerint *„az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében a komplex területi szociális problémákat governance típusú együttműködésekkel kezelik”.* A vizsgált Újvárosi szociális városrehabilitáció I. és II. üteme jól mutatja, hogy az infrastrukturális fejlesztések mellett kiemelt szerepet kaptak a szoft elemek is. Az újvárosi akcióterületen pedig komplex problémakkal bíró szegregátumot azonosítottam be, melyet több szempontból is vizsgáltam: szociális helyzet, lakhatási nehézségek, iskoláztatás, biztonság, stb. Ezen problémák megoldására a helyi szereplők széleskörű együttműködése alakult ki, többek között az önkormányzat, a rendőrség, az iskolák, a művelődési ház, gazdasági szervezetek, az egyházak, a helyi civil szervezetek (köztük a Szent Cirill és Method Alapítvány), a Család- és Gyermekjóléti Központ és az

Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény részvételével. A projekt infrastrukturális elemei között szükséges kiemelni a lakófunkciót erősítő tevékenységeket, mely hat lakóépületben 40db modern szociális bérlakás kialakítását valósította meg, ami az általam vizsgált indikátorok többségének tekintetében pozitív irányú változást jelenített meg. A beavatkozások többek között érintették a közösségi és közszféra funkciónak megerősítését a római katolikus plébániatemplom és a Kossuth Lajos Általános Iskola felújítása, vagy éppen a rendőrségi helyiség kialakítás révén, kiterjedtek közterületi fejlesztésekre is, mint például a Bercsényi liget rehabilitációjára, továbbá erősítették a városrészben a gazdasági funkciót azáltal, hogy a felújított lakóépületek földszintjén 5db üzlethelyiséget alakítottak ki. Az infrastrukturális beruházásokkal párhuzamosan számos soft elem kapcsolódott a legkülönbözőbb helyi szereplők bevonásával. Csupán néhányat említve közülük: egészségügyi akciók, munkaerőpiaci beilleszkedést segítő képzések, iskolai programok, helyi környezettudatosságot célzó programok, családsegítő szolgáltatás kiterjesztése, bűnmegelőzést elősegítő programok, stb. E témakörökhöz miniprojektek is csatlakoztak, melyek civil szervezetek részvételével valósultak meg. A projektek során kialakult együttműködési rendszerben az önkormányzat és az önkormányzat intézményei, az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, valamint a Család- és Gyermekjóléti Központ töltötte be a meghatározó szerepet. A fentiek ismeretében elmondható, hogy a H5 hipotézis elfogadásra került.

5.5 Egészségügyi pillér

5.5.1 Győr egészségügyi ellátórendszere

Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata ma a jogszabály által meghatározott kötelező feladatok mindegyikét ellátja, továbbá a fogorvosi alapellátáshoz kapcsolódó, önként vállalt feladatként két szakellátás (fogászati röntgen ellátás, illetve fogszabályozás) szervezésében játszik meghatározó szerepet. A mai győri egészségügyi modell fejlődésének, sajátosságainak teljes körű megismeréséhez érdemes visszatekinteni egészen az 1990-es évek elejéig. Az elemzés kiindulási pontjának az 1991-es évet választottam, amikor is a helyi egészségügyi ellátórendszert az alábbiak jellemezték. A győri egészségügyi alapellátás vizsgálatával egy tanulmányomban is foglalkoztam (Laczkovits-Takács 2018a).

Helyzetkép az 1990-es évek elején

1991-ben a győri egészségügyi alapellátás - melyet a két lábon álló egészségügyi ellátás legfontosabb alappilléreként kezeltek - az egészségügyi ellátórendszernek az a része, mely az állampolgároknak az egészséggel kapcsolatos problémáira lakóhelyükön, illetve

otthonukban nyújt orvosi ellátást, az egészségmegőrzés, a megelőzés, az ápolás, a gyógykezelés és az orvosi rehabilitáció tekintetében (Győr MJV Kgy. előterjesztés, 1991). A városban az egészségügyi alapellátás elemeit a háziorvosi (családorvosi) szolgálat, a gyermekorvosi szolgálat és a fogorvosi szolgálat jelentette, mely feladatok megszervezése szervezetileg a Petz Aladár Megyei Kórházhoz tartozott.

A *felnőtt körzeti orvosi szolgálat* 52 szervezett körzeti állást foglalt magában, 12 telephelyen működő körzeti rendelőhöz rendelve. További jellemző volt, hogy a körzeti rendelők nagy részében egy rendelőben váltott műszakban 2 orvos dolgozott, és csupán 9 körzeti orvosnak volt külön rendelője. Az egy körzetre jutó átlagos lélekszám 2 187 fő volt.

A *gyermekkörzeti szolgálat* tekintetében a városban 27 szervezett állás volt, a rendelés 15 telephelyen folyt. A gyermekkörzetben dolgozó szakorvosok munkáját az asszisztensek mellett a védőnők segítették, akik a védőnői szolgálat keretében a 0-14 éves gyermekek gondozását és a prevenciós feladatokat látták el. Egy gyermekkörzethez tartozó 0-14 éves korú gyermekek száma 700-1500 fő között mozgott. Míg a gyermekkörzeti orvosok további feladatként ellátták az óvodák, a bölcsődék és az általános iskolák iskolaorvosi teendőit is, addig a középiskolákban főállású iskolaorvosok dolgoztak. Az óvodákban és iskolákban folyó iskolaorvosi teendők mellett a védőnők is jelen voltak prevenciós feladatokat ellátva.

A *fogorvosi szolgálat* szervezése már Győr város közigazgatási határain túlra is kifejtette hatását, ugyanis a város és város-környék egy részének fogászati alapellátását együttesen, integrált rendszerben szervezték meg. 51 fogorvosi állást szerveztek meg, melyből 12 fogorvos a város-környéket látta el, továbbá sajátosság, hogy 2 fő a Textilüzemi rendelőben, míg 4 fő a Vagongyári rendelőben dolgozott.

5.5.2 Szervezeti és működési változások

A helyi egészségügyi ellátások szervezésének módjában, a finanszírozásban és a feladatellátás felelősségében lezajló kardinális változások egy merőben új helyi modell kialakítását irányozták elő. Az 1992-es év változást hozott az egészségügyi alapellátási feladatokban, hiszen a dezintegráció[63] keretében az egészségügyi alapellátást leválasztották a Petz Aladár Megyei Kórházról, vagyis a kórház keretek közül, a Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat által ellátott feladatokat megállapodás alapján átadták Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának. Így e feladatok biztosítása kizárólagosan a települési önkormányzat feladatává vált. Az önkormányzat az új kötelező feladata ellátása érdekében

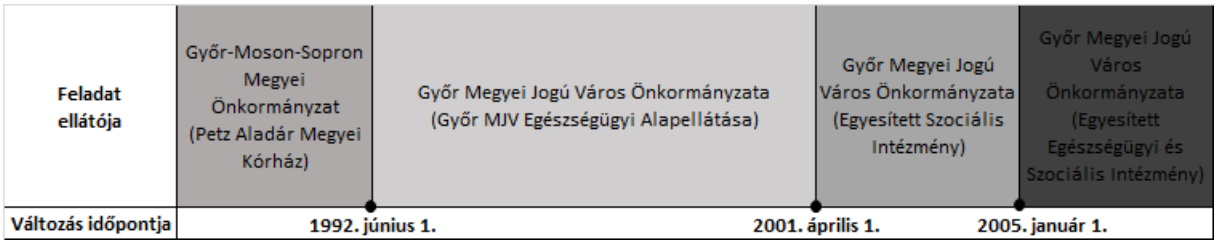
[63] Az egészségügyben lezajlott folyamatot a győri közgyűlés elé kerülő anyagokban dezintegrációként fogalmazták meg.

1992. július elsejével megalapította a Győr Megyei Jogú Város Egészségügyi Alapellátása elnevezésű intézményt (Szent Imre u. 41. szám alatti telephellyel), mely a felnőtt háziorvosi, gyermek háziorvosi és védőnői, iskola-egészségügyi, fogászati, gyermekfogászati és központi ügyeleti szakfeladatokat látta el (41/1992. (IV.30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az intézmény önálló gazdálkodási és bérgazdálkodási jogkörrel rendelkező költségvetési intézmény volt, mely annyiban különbözött az önkormányzat többi intézményétől, hogy míg a dolgozói bérek és a működési költségek biztosítása a Társadalombiztosítási Főigazgatóság, addig a beruházási, felújítási költségek és az 50 000 forint feletti műszerek biztosítása az önkormányzat feladata volt (Győr MJV Kgy. előterjesztés, 1993) . Az intézmény működésére tehát a kettős finanszírozás volt jellemző.

A megváltozott jogi környezet, a társadalmi szükségletek és az intézmény gazdálkodási nehézségeinek következtében 2001. március 31-én megszűnt az Egészségügyi Alapellátás mint önállóan gazdálkodó költségvetési szerv és részben önállóan gazdálkodó és részjogkörrel rendelkező költségvetési szervként működött tovább. Pénzügyi gazdálkodási tevékenységét együttműködési megállapodás alapján a város Egyesített Szociális Intézménye látta el a továbbiakban (408/2000. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A két intézmény együttműködésének legfontosabb célja az volt, hogy a hatékony, szakszerű és észszerűen takarékos intézményi gazdálkodás szervezetei feltételeit megteremtse.

A szervezeti keretek további változására 2004. december 31. után került sor, amikor is az Egészségügyi Alapellátás intézménye megszűnt és az integráció keretében jogutód intézményként az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény látta el a városi egészségügyi alapellátás feladatait (475/2004. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A szervezeti keretek 2005 óta nem változtak, így az egészségügyi alapellátás feladatainak ellátására a szociális feladatok biztosítása mellett jelenleg is az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény (a továbbiakban EESZI) keretében kerül sor. Az alapellátási feladatok ellátásában bekövetkezett változásokat az 3. számú ábra mutatja be. A interjúalanyok válaszai alapján a győri modell egyik kulcstényezője, hogy az egészségügyi és a szociális terület egy intézménybe való integrációját meg tudták valósítani és hatékonyan tudják működtetni, mindez magában foglalja a két terület szoros szakmai együttműködését is egyúttal.

3. ábra: Szervezeti változások



Forrás: saját szerkesztés

Felnőtt háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás

Az 1992. évi dezintegráció egyúttal egybeesett az egészségügyi rendszerváltás első lépcsőjének bevezetésével, mely azt jelentette, hogy július elsejétől a felnőtt háziorvosok és a házi gyermekorvosok munkájukat kétféle minőségben láthatták el – vagy alkalmazottként vagy vállalkozóként, a többi önkormányzati alapellátási feladat ellátása során erre nem volt (egyelőre) lehetőség. Az alkalmazottak esetében a munkáltató a megalapított új intézmény (Egészségügyi Alapellátás) lett, míg a vállalkozások esetében a vállalkozó háziorvos szerződést kötött a Társadalombiztosítással és az Önkormányzattal is (116/1993. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az utóbbi esetben az önkormányzat felelőssége a lakosság egészségügyi alapellátása terén fennmaradt, csupán a szakmai és erkölcsi felelősség szállt a vállalkozó orvosokra. A vállalkozó orvos továbbá területi kötelezettséget, helyettesítési kötelezettséget és ügyeletben való részvételt vállalt, „ellentételezésként" az önkormányzat pedig bérleti díj nélkül bocsájtotta rendelkezésére a rendelőt a meghatározott alapfelszereléssel. A közös költségek elosztására, a működési és üzemeltetési feltételek biztosítására a vállalkozó az Egészségügyi Alapellátás intézményével kötött szerződést. Az önkormányzat többlet-támogatásként vállalta továbbá, hogy a villamos energia díját valamennyi háziorvosi praxis után fizeti. Az 1992-es évben megkötött megállapodásban azt is rögzítették, hogy az önkormányzat vállalja, hogy a működés során gazdaságilag kevéssé sikeres vállalkozót a rendelő és leltárának visszavételével közalkalmazotti viszonyba (vissza)fogadja. A vállalkozóvá válást Győrben a kezdetektől segítette mind az Egészségügyi Alapellátási Intézmény vezetése, mind pedig az Önkormányzat vezetése. A győri önkormányzat 1991-ben, a dezintegráció előtt 6 millió forinttal támogatta az alapellátás gép- és műszer fejlesztését, majd 1992-ben további 13 millió forintot biztosított a feladatok ellátásához (116/1993. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az önkormányzat és a vállalkozó háziorvos között megkötött szerződésekben kiemelték, hogy a rendelő használatára vonatkozó megállapodás határozatlan időtartamú, azonban az önkormányzat többlet-támogatására, vagyis a közműdíjak kiegyenlítésére vonatkozó pont 1993-tól kezdve évente tárgyév december 31-ig volt érvényes, vagyis a jelentős pénzügyi vonzat miatt időbeli

hatállyal rendelkezett és a megkötött szerződések felülvizsgálata évente a közgyűlés elé kerül. Az önkormányzat tehát a következő közműdíjak átvállalásával segítette a praxisok működését az ellátási szint fenntartása érdekében: fűtés, világítás, víz, csatorna és szemétszállítás költségei. 1995. július 1. előtt a törvényben meghatározott költségek biztosításán túl még a praxisok telefonköltségeit is átvállalta a győri önkormányzat (105/1995. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A vállalkozó háziorvosok támogatásában 2016-ban történt változás, amikor az állam a praxisfinanszírozásokon túl a területi ellátási kötelezettségű háziorvosi szolgálatokat visszamenőlegesen január 1-jétől az addigi havi 130 000 forint összegű rezsitámogatás helyett havonta 260 000 forint összegű rezsitámogatással is segíti (195/2016. (XI.25.) Kgy. határozat). A 2016-os évtől kezdve az önkormányzat a fenti pozitív irányú változásokra tekintettel már csak a laborjárat költségét és a praxis folyó költségei közül a riasztórendszer felügyeleti díját vállalja át. A győri önkormányzat által nyújtott további segítség, hogy 2016. január elsejétől helyi iparűzési adómentességben részesíti a 20 millió forintot el nem érő iparűzési adóalappal rendelkező háziorvosokat (211/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. határozat). Az alábbi két támogatási forma mellett jelentős rendelőfelújítási programot is megvalósított a győri önkormányzat az „egy orvos egy rendelő" elv mentén. 2004-ig elvégzett felújítások, beruházások, korszerűsítések keretében 4 új rendelőt[64] adtak át , a rendelők számának növelése érdekében három, korábban más funkciót betöltő épületet alakítottak át[65], teljes felújítást három telephelyen végeztek[66], továbbá korszerűsítették három rendelő épületét[67]. 2004. novemberében a Babits Mihály úti rendelő kivételével mindenhol teljesíteni tudták a fejlesztések révén az egy rendelő egy orvos elvet (475/2004. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A felújítási program indításakor fontos törekvés volt, hogy az átalakítás után valamennyi győri polgár egyenlő eséllyel juthasson be a rendelőkbe, ennek érdekében négy helyszínen lift is beépítésre került. A rendelők épületének felújítása azonban itt nem állt meg, hanem a következő években is nagy lendülettel folytatódott, 2008 és 2018 között például 26 orvosi rendelőt újítottak meg.

A megváltozott jogszabályi környezet következtében még 2002-ben a győri közgyűlés lehetővé tette, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, az önkormányzattal megbízási szerződést kötött háziorvosok számára térítéssel, praxisonként 5.000 forintért tulajdonba adja a működést szolgáló eszközöket, berendezéseket, melyeket korábban a szerződésben foglaltak szerint térítés nélkül adott használatba az önkormányzat a vállalkozó orvosoknak (178/2002. (VI.6.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az önkormányzat által biztosított rendkívül kedvező

[64] Mécs László utca, Kinizsi utca, Radnóti utca, Zúgó utca
[65] Sport utca, Jereváni utca, Szent László utca
[66] Kör tér, Kölcsey utca, Horgas utca, József Attila utca, Liezen-Mayer utca
[67] Sugár út, Kultúrház út, Köztelek út

lehetőségekkel valamennyi orvos élt, aki megfelelt a feltételeknek. E tulajdonosváltásnak és az önkormányzat rendelő felújítással kapcsolatos filozófiájának köszönhetően jelentős mértékben megnövekedett a háziorvosok rendelőjükkel kapcsolatos „gazdaszelleme" és számos rendelőt az orvosok jelentős anyagi hozzájárulásával alakítottak át. Mindez hozzájárult ahhoz is, hogy a rendelők magas színvonalon kialakítottak és felszereltek lettek.

A felnőtt háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok működésének területi határait az önkormányzat a jogszabályi változásoknak eleget téve önkormányzati rendelet formájában szabályozta és szabályozza jelenleg is, meghatározva Győr város területén területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi felnőtt, házi gyermekorvosi és alapellátást végző fogorvosi szolgálatok számát, továbbá mindhárom szolgálat esetében a körzetek pontos lehatárolását (16/2002. (VII.5.) GYMJVÖ. rendelet). A jelenleg is hatályban lévő, de többször módosított rendelet az eredeti, 2002. évihez képest már a védőnői körzetek meghatározását is tartalmazta (22/2005. (V.10.) GYMJVÖ. rendelet). A rendelet az eddigi gyakorlat alapján minden évben módosításra kerül többnyire a magasabb jogszabályok változása, az új lakóutcák létesülése és a védőnői körzetekben, valamint az iskolákban folyamatosan változó létszám következtében.

Győr város területén jelenleg 53 felnőtt háziorvosi és 26 házi gyermekorvosi szolgálat látja el az területi ellátási kötelezettséggel az egészségügyi alapellátási feladatokat.

Fogorvosi alapellátás

A fogorvosokat érintő változások Győr városában rendre több éves késéssel zajlottak le a háziorvosi változásokhoz viszonyítva. 1992-ben a fogorvosi alapellátás is átkerült az önkormányzat által ellátandó feladatok közé, azonban a funkcionális privatizáció a fogorvosokat csak 6 évvel később érintette, ugyanis ekkor vált lehetővé a fogorvosi praxisok megvásárlása. Addig a fogorvosi praxisokban dolgozók közalkalmazottként látták el feladatukat. Míg a háziorvosi szolgálatnál bevezették a teljesítmény bérezés első lépcsőjét, a „kártyapénzt", addig a fogorvosok és fogászati asszisztensek alacsony bére feszültséget okozott az 1990-es években (Győr MJV Kgy. előterjesztés, 1993).

Egy 1995-ös közgyűlési határozat szerint az önkormányzat az adott évben úgy döntött, hogy a fogorvosi szolgálatát az alábbiak szerint kívánja működteti: 16 felnőtt praxis (melyeket funkcionális privatizációra alkalmasnak ítélt meg) fenntartása és 16 praxisban közalkalmazottak dolgoznának továbbra is (12 gyermek-ifjúsági, 3 fogszabályozó és 1 ügyeleti praxis) (320/1995. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Szakmailag ezekben az években indokoltnak tartották a fogászati szolgálat ilyen formában történő biztosítását,

ugyanis a kiemelten kezelendő korosztály ellátása így egy kézben maradt és áttekinthető, ellenőrizhető volt. A tanuló ifjúság fogorvosi ellátása továbbra is elsődleges szempont maradt, így 6 főfoglalkozású gyermek-, iskolai és ifjúsági fogászati ellátási praxis látta el a több mint 32 ezer tanulót, továbbá 27 vegyes praxis a felnőtt lakosság mellett iskolafogászati feladatokat is ellátott (81/1997. (III.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A vegyes praxisok esetében területi ellátási kötelezettséget vezettek be 1997. március 1-jétől nevesítve minden praxis esetében az ellátandó lakosságot. Két vegyes praxis a városkörnyék ellátásáért volt felelős, ami 14 kisebb település ellátását jelentette.

A következő nagy változás a fogászati alapellátás tekintetében 1998 júliusában volt, amikor a közgyűlés egyetértett a fogászati ellátás privatizációjával, valamint az önkormányzat és a fogorvosi alapellátást nyújtó vállalkozás között kötendő vállalkozási szerződés tervezetével (231/1998. (VII.2.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A megbízott vállalkozó fogorvos vegyes fogorvosi praxis formájában vállalta egyrészt a szerződés mellékletében felsorolt utcák lakosságának, másrészt az oktatási-, nevelési intézmények tanulóinak fogorvosi alapellátását, szűrését. További feladata a mindenkori beosztás szerinti fogorvosi ügyeleti szolgálat teljesítése az egészségügyi alapellátás kellő szintjének biztosítása érdekében. A megbízó önkormányzat pedig vállalta, hogy a fogorvosi rendelőt működésre alkalmas állapotban a megbízott rendelkezésére bocsátja térítésmentesen és gondoskodik a karbantartásáról. Továbbá rendelkezésére bocsátja a fogászati kezelőegységet, valamint a tevékenység folyamatos ellátásához szükséges műszereket, felszerelési és berendezési tárgyakat. A vállalkozási szerződés arra is kitért, hogy a megbízó önkormányzat a költségvetésében állagmegóvásra, felújításra és fejlesztésre tervezett előirányzatot szektorsemlegesen biztosítja a közalkalmazott és funkcionálisan privatizált fogorvosok részére. Míg a praxis folyó kiadásai közül a fűtés, világítás, víz- csatorna és szemétszállítás költségeit az önkormányzat évente vállalta, addig az épület, annak felszerelése és működtetése körül felmerülő közös helyiségekre eső költségeket (takarítás, hóeltakarítás, telefonjavítás) részarányosan kiszámlázták a vállalkozó fogorvosnak. Az önkormányzat azt is vállalta, hogy amennyiben a megbízott által vezetett praxis működési forrásai oly mértékben csökkennek, hogy a praxis fenntartása aggályossá válik és ez a megbízott vállalkozó fogorvos önhibáján kívül következik be, úgy a tevékenységet, megbízottat és dolgozóit közalkalmazotti állományba továbbiakra visszaveszi. Az ellátott feladat finanszírozása a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárral kötött külön szerződés szerint történt. 14 városkörnyéki község lakosságának fogorvosi ellátását is Győr város alapellátása végezte, ennek

továbbműködtetéséhez az illetékes önkormányzatokkal való társulási szerződés előkészítése vált fontos feladattá.

Győr város fogászati alapellátását a nagy horderejű változások kapcsán 1998-ban áttekintették. Ekkor közel 8 ezer gyermek ellátását kifejezetten iskolafogászati ellátásra kialakított négy fogászati praxis látta el[68], a többi több mint 26 ezer gyermek ellátását pedig vegyes körzetek biztosították. Azonban az iskolafogászati szolgálatok működtetéséhez fogorvost csak nagy rövid időre tudtak alkalmazni, vagy egyáltalán nem is volt jelentkező, így a gyermekek évi egyszeri szűrését gyakorlatilag a vegyes körzetben dolgozó fogorvosok végezték el. A fenti indokok miatt az oktatási-nevelési intézményeket területileg felosztották a 32 vegyes praxis között (400/1999. (X.7.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A vegyes praxisok mellett még 1 fogszabályozási praxis is működött (460/1999. (XI.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

A 2000-es év kardinális változása volt, hogy megváltozott Győr város ellátási területe, hiszen 9 település[69] már nem a várossal láttatta el ezentúl a fogorvosi alapellátását, amely feladatot a város közel 10 évig ellátott (408/2000. (XII.21.) Kgy. sz. határozat). A lecsökkent lakosságszám, illetve a jelentkező igények miatt szükség volt a praxisok területi felosztásának áttekintésére, melynek eredményeképpen a 32 fogorvosi alapellátási praxis helyett 29 területi ellátási kötelezettséggel rendelkező fogorvosi praxis működtetése volt indokolt a városban (409/2000. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A fogorvosi alapellátási szolgálatok körzeteit (a háziorvosi szolgálattal együtt) 2002-ben alakították ki a 29 alapellátást végző fogorvosi szolgálat tekintetében is.

A háziorvosokhoz hasonlóan 2002-től a fogorvosok számára is megnyílt a lehetőség, hogy praxisonként 5 ezer forintért tulajdonba vegyék a működést szolgáló eszközöket, berendezéseket a fogászati kezelőegység és a hozzá tartozó eszközök és műszerek kivételével. 2003-ban azonban a közgyűlés egyetértett azzal, hogy az utóbbi tárgyi eszközök is megvásárlásra kerülhessenek használati értéken (137/2003. (V.15.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A háziorvosi rendelőkhöz hasonlóan a fogorvosi praxisok külön rendelőben történő megvalósítása is elkezdődött, bár 2004-ben itt még több rendelőben felváltva történt a rendelés, de elmondható, hogy mára az egy orvos egy rendelő elvet a fogorvosi alapellátásban is megvalósították. Jelenleg 26 fogorvos nyújtja Győr város lakosságának a fogorvosi alapellátási feladatot.

[68] Arany János Általános Iskola, Ortutay Gyula Általános Iskola, Kölcsey utcai rendelő, Radnóti utcai rendelő
[69] Felpéc, Sokorópátka, Kajárpéc, Győrszemere, Rábapatona, Ikrény, Tényő, Abda, Börcs

A fogászati alapellátás keretén belül Győrben fontos helyet kap a prevenció. A száj- és fogápolás kultúrája már kisgyermekkortól különös fontossággal bír. A városban 1988 óta működik *fogászati prevenció*, melyet egy fő közalkalmazott lát el az EESZI szervezeti keretén belül. A fogászati prevenciós asszisztens munkája szorosan kapcsolódik a védőnői szolgálathoz és óvodás, valamint iskolás korú gyermekek ellátására terjed ki.

Védőnői ellátás

A védőnő személyes és közösségi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése, valamint az egészségfejlesztés céljából a várandós anyák, a 19. életévet be nem töltött személyek, valamint a családtervezés időszakában lévő személyek számára. A védőnő továbbá a 25-65 éves női lakosság részére jogszabályban meghatározottak szerint népegészségügyi szűréseket is végez. Kiemelt feladata a gyermekek gondozása az újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig, illetve az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermekek gondozása.

Az 1990-es években lezajlott változások keretében a védőnői szolgálat is, mely Győrben az egyik legtradicionálisabb szolgálatnak számított, a győri önkormányzathoz került. 1995-ben Győr városában 66 védőnő végezte munkáját, 56 fő körzeti védőnőként, 2 fő kórházi védőnőként, valamint 8 fő ifjúsági védőnőként, munkájukat Győr város önkormányzata kiemelten támogatta (320/1995. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A körzeti védőnők 15 telephelyen dolgoztak (de további 9 telephely kialakítását vélték szükségesnek) a hozzájuk tartozó körzetekben és a körzetekben működő óvodákban és általános iskolákban, az ifjúsági védőnők pedig a város 15 középiskolájában főállásban. 2005. január elsejétől megváltozott a területi védőnői ellátásról szóló rendelet, mely alapján szükség volt a védőnői ellátási rendszer felülvizsgálatára. A jogszabály meghatározta a védőnői körzetben ellátható várandós anyák és gyermekek maximális létszámát, valamint a védőnői körzetben ellátott feladatok maximális pontértékét. Ennek megfelelően Győrben 39 védőnői körzetet alakítottak ki a területi védőnői feladatok ellátására, illetve 21 iskolai védőnői helyet hoztak létre. Ezzel szemben 2018-ban 40 védőnő dolgozik a városban területi ellátási kötelezettséggel, 20 védőnő pedig az iskolákban.

A finanszírozás tekintetében a védőnők 2021. január elsejéig közalkalmazotti formában végezték munkájukat, azután egészségügyi szolgálati jogviszonyban. Az elmúlt időszakban az ifjúsági védőnők kezdeményezésére készített az önkormányzat számításokat a vállalkozói formában történő feladatellátás lehetőségét vizsgálva.

Iskola-egészségügyi ellátás

Az iskola-egészségügyi ellátás a többi alapellátási feladathoz hasonlóan 1992-ben került a győri önkormányzathoz. A szolgálat általános feladata a tanulók megelőző-gyógyító ellátása, ezen belül a megelőzés, folyamatos gondozás és a tanulók egészségi állapotának szűrése, követése. Az iskola-egyészségügyi ellátás két területre bontható, míg az egyik „ága" az óvodás és általános iskolás korosztály körében végezte tevékenységét, melyet gyermekorvosok láttak el a főállásuk mellett, addig a másik „ága", az ifjúság-egészségügyi szolgálat a középiskolákban működött, melyet 6 főfoglalkozású orvos, 5 nyugdíjas és 2 házi gyermekorvos mellékállásban látott el (320/1995. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A teljesség érdekében szeretném megjegyezni, hogy az iskola-egészségügyi feladatok ellátásában az iskolaorvosok mellett fontos feladatot láttak el a fogorvosok (iskolafogászat tekintetében) és a védőnők is. A győri oktatási, nevelési intézményekben ellátott iskola-egészségügyi ellátás teljes körű volt, bár az intézményeknél foglalkoztatott orvosok és védőnők munkaidejét és az ellátandó létszámot tekintve voltak egyenetlenségek és hiányosságok, mindezek orvoslására az önkormányzat 1999-ben egy három éves fejlesztési programot dolgozott ki a személyi-, és tárgyi feltételek teljes körű biztosítása érdekében, továbbá előirányozta az iskolafogászat hatékonyabb megoldásainak kidolgozását, kihangsúlyozta az iskola-egészségügyi feladatok koordinálásának szükségességét és indokoltnak tartotta az iskola-egészségügyben dolgozók fokozottabb anyagi megbecsülését (221/1999. (VI.17.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A fejlesztési terv az első évre előirányozta, hogy minden intézményben legyenek adottak az ellátás feltételei, a második évre az iskolai orvosi rendelők tárgyi eszközeinek beszerzését jelölte meg, továbbá rendelkezett arról, hogy az önkormányzat nyújtson támogatást az iskola-egészségügyi feladatok ellátására, mely támogatás összege a mindenkori normatív finanszírozás összegével egyezzen meg (466/1999. (XI.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat*)*. Az iskolák fenntartásában történt változások ellenére továbbra is az önkormányzat látja el az iskola-egészségügyi ellátást, a középfokú oktatási intézmények tekintetében 2 fő közalkalmazottal, míg az általános iskolák tekintetében a házi gyermekorvosok közreműködésével. Az iskola-egészségügyi szolgálatban részt vevők (védőnők, házi gyermekorvosok, közalkalmazotti státuszban dolgozó iskolaorvosok) feladatainak finanszírozása nagyon különböző, mely a jelenlegi győri modellben egységes szolgálatként jól működtethető, azonban egy esetleges privatizáció esetén további önkormányzati források bevonására lenne szükség.

Alapellátáshoz kapcsolódó ügyelet

Az önkormányzati feladatellátás fontos eleme az alapellátáshoz kapcsolódó ügyelet biztosítása, mely a következő három szolgálat ellátásához kapcsolódik: felnőtt háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ellátás.

Már az 1992-ben létrejött Egészségügyi Alapellátás intézményének a feladatai között megtaláljuk a *központi ügyelet* megszervezését, mint szakfeladatot, melynek feltételeit akkoriban „mostohának" ítélték meg (Győr MJV Kgy. előterjesztés, 1993). 1991 óta az önkormányzat folyamatos tárgyalásokat folytatott a mentőszolgálattal az ügyelet megszervezésével kapcsolatban, azonban megoldás az elkövetkező években sem született, ugyanis a mentőszolgálat csak a felnőtt lakosság ügyeleti ellátását kívánta felvállalni, a gyermek- és fogászati ügyeletet nem, ezt azonban a győri önkormányzat nem fogadta el. Ráadásul a volt járás ügyeleti ellátása is ezen összevont központi ügyelet része volt. 1995-ben úgy ítélte meg a győri önkormányzat, hogy az orvosi ügyeletet áttelepítésével a Liezen-Mayer utcai rendelőintézetbe szakmailag is javítani tudná a város lakóinak ellátását (320/1995. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A Győr környéki vidéki ügyeletet 2002-ben különválasztották a győri központi ügyelettől és ekkortól ellátási szerződés keretében látták el (425/2003. (XI.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A vidéki ügyelet és háziorvosi, fogorvosi szolgálat tapasztalatai alapján az ellátási szerződéssel működtetett feladatok minőségi javulást mutattak, ugyanis a megbízottak nagyobb figyelmet fordítottak a feltételek javítására és a lakosság elégedettségére, így a továbbiakban 2014. július 1-jétől a háziorvosi központi ügyeleti szolgálatot a Győri Háziorvosok Ügyelete Betegellátó Egészségügyi Közhasznú Társasággal kötött ellátási szerződés alapján működteti az önkormányzat (75/2004. (III.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

Fogorvosi ügyelet szervezését kötelezően jogszabály nem írta elő, ennek ellenére az önkormányzat 1 ügyeleti praxis fenntartását javasolta 1995-ben, mely 1 fő közalkalmazott alkalmazásával biztosítható volt. Azonban államilag csak egyetlen ügyeleti praxis finanszírozására volt lehetőség a városban, így a város lakosságának munkaidőn kívüli fogorvosi ellátása nem volt megnyugtató módon biztosítva és megoldásként egy vegyes praxist működtetett az önkormányzat délutáni rendelési időben az ügyelet helyén (81/1997. (III.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Ennek megfelelően 1997. november 1-jétől 19 óra és reggel 7 óra között működtette az önkormányzat a fogászati ügyeleti ellátást (231/1998. (VII.2.) GYŐR MJV Kgy sz. határozat). 2000-ben az ügyelet kérdését a fogorvosok kezdeményezésére átgondolták, ugyanis betegforgalmi adatok alapján úgy ítélték meg, hogy a folyamatos fogorvosi ügyelet szakmailag nem indokolt, ezért az önkormányzat úgy döntött,

hogy a továbbiakban hétköznapokon napi 4 órás (20-24 óra között), hétvégén és ünnepnapokon napi 6 órás (8-11 és 20-23 óra között) ügyeleti szolgálatot tart fenn (27/2000. (II.10.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A fogászati ügyelet ellátását a mai napig a fogászati alapellátásban részt vevő fogorvosok végzik kötelező jelleggel, a finanszírozást az önkormányzat biztosítja (Ráczné 2005). 2009-ben a közgyűlés az ügyeleti időt pihenőnapokon és ünnepnapokon változatlanul hagyta, azonban a hétköznapi ügyeletet a napi 4 óra helyett 2 órásra csökkentette, mindezt a gyakorlatban jelentkezett tapasztalatok indokolták (438/2008. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat)

Szakellátások

Győr város önkormányzata a kötelező egészségügyi alapellátások szervesésén túl önként vállalta két szakellátási feladat működtetését. 1997-ben az önkormányzat két fogszabályozó szakfeladatra, illetve öt fogászati röntgen tevékenységre rendelkezett szerződéssel. A következő évben úgy döntött a város közgyűlése, hogy lehetővé teszi a *fogszabályozási szakellátás* funkcionális privatizációját (a fogászati alapellátással párhuzamosan) (231/1998. (VII.2.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), mely meg is valósult. A fogszabályozás szakellátást nyújtó vállalkozás vállalta a szerződés mellékletében rögzített terület lakosságának fogszabályozási szakellátását, szűrését. A fogorvosi praxisokhoz hasonlóan ezen szakellátás tekintetében is vállalta az önkormányzat, hogy a rendelő helyiségének és a tevékenységhez szükséges tárgyi feltételek biztosítását, karbantartását és felújítását, továbbá a praxis folyó költségeinek finanszírozását. A praxisok rezsiköltségét a mai napig támogatja az önkormányzat a riasztórendszer felügyeleti díjával, közös költségével egyetemben.

A *fogászati röntgen szakellátás* tekintetében úgy döntött az önkormányzat, hogy 2001. április 1-jétől a korábbi öt praxis helyett csupán 3 működjön[70] tovább heti 90 órában, ugyanis az öt fogászati röntgen kapacitáskihasználása három év átlagában 21%-os volt (409/2000. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A privatizáció lehetőségét 2001-ben teremtette meg az önkormányzat (446/2001. (XII.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), amikor is feladatellátási szerződést kötöttek. A szerződésben az önkormányzat vállalta, hogy a fogröntgen rendelőket működésre alkalmas állapotban a megbízott rendelkezésére bocsátja, melynek karbantartásáról a megbízott gondoskodik, továbbá a rendelő használatáért bérleti díjat köteles fizetni (147/2002. (V.16.) Kgy. sz. határozat). A fogászati röntgen helyiségei, valamint a hozzá tartozó közös helyiségek és annak felszerelésére és működtetése körül

[70] Tihanyi Árpád úton, Árpád úton, Mécs László úton

felmerülő költségeket – közüzemi díjak, takarítás, hó-eltakarítás, telefonjavítás – részarányosan kiszámlázták. A tárgyi eszközöket, gépeket, műszereket, berendezési tárgyakat térítéssel adták át.

5.5.3 Összegzés

Az egészségügyi alapellátás megszervezése nem térhet el a jogszabályok által meghatározott feltételektől, de az intézményes keretek, az ellátások közötti kapcsolat és együttműködés kialakításban, az önkormányzat szerepvállalásának mértékében különbségek vannak az egyes települések között. Győr város egészségügyi alapellátásának helyi rendszere jó példa minderre. A vizsgálódások jól mutatják, hogy a helyi egészségügyi feladatok megszervezésére az önkormányzat lehetőségei (elsősorban pénzügyi) és infrastruktúrája komoly hatást gyakorolt a vizsgált időszakban, illetve gyakorol napjainkban is. A város dinamikusan fejlődő gazdasága egyértelműen jó alapot biztosít a vizsgált önkormányzati feladatok ellátásának feltételeire. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a győri önkormányzat a funkcionális privatizáció ellenére jó gazdája maradt az érintett feladatoknak is, sőt további lehetőségek, támogatások kialakításával hozzájárult ahhoz is, hogy valóban kedvező környezetet teremtsen a vállalkozó orvosok számára, akik így sokkal inkább magukénak is érzik a praxisok magas színvonalon való működtetését és a hozzájuk tartozó lakosság ellátását. Bár a szervezeti keretek változása tetten érhető volt az egészségügy helyi szegmensében is, ma egy olyan integrált intézmény fogja össze a helyi egészségügyi közszolgáltatások szervezését, mely már több mint egy évtizedes múltra tekint vissza és meghatározó szereplője a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellnek és az ahhoz kapcsolódó együttműködéseknek.

A vizsgálódások továbbá rámutattak arra, hogy az 1990-től napjainkig tartó időszakban Győr város önkormányzatának szerepvállalása kétségkívül elsődleges volt a helyi egészségügyi ellátórendszer kialakításában és a megváltozott társadalmi, gazdasági körülményekhez való alkalmazkodásban. A széleskörű szerepvállalás egyik gyakorlati megnyilvánulása, hogy az egészségügyi pillérhez kapcsolódva (miként a többi pillér esetében is) kötelező, jogszabály által előírt feladatain túl további, önként vállalt feladatok szervezésében is meghatározó szerepet vállal(t). Helyi sajátosságként értékelhető tehát a város önként vállalt feladatellátása a fogszabályozás és fogröntgen ellátás megszervezésével. Példaértékű az önkormányzat szerepvállalása a funkcionálisan privatizált ellátások esetében a praxisok folyó kiadásainak támogatásával, továbbá a laborjárat működtetésével kapcsolatban. Az ügyeleti ellátás megszervezésében jó gyakorlatként értékelhető az ellátási szerződéssel működtetett modell. A fogászati ellátás területén az 1988 óta működő fogászati prevenció

országos szinten elismert, a győri önkormányzat által kiemelten kezelt feladat. Az önkormányzati szerepvállalásnak meghatározó eleme volt a vizsgált időszakban az orvosi rendelők szisztematikus felújítása is.

5.6 WHO Egészséges Városok Program pillér

5.6.1 Egészséges Városok Program Győrben

Az Egészséges Városok Program, illetve annak intézményesült formája, a WHO programiroda működtetése az önkormányzat önként vállalt feladata, melyet az egészségügyi ellátás által ellátott feladatok között találunk az önkormányzati feladatkatalógusban. Bár több szálon kapcsolódnak az Egészséges Városok Program kezdeményezései, szolgáltatásai a helyi egészségügyi ellátórendszerhez, az általam felállított győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellben külön pillért jelent ez az önként vállalt feladat.

A program helyi társadalomban, illetve az önkormányzati rendszerben való elhelyezése érdekében kitérek az egészséges városok mozgalom kezdetére, nemzeti és európai hátterére. Az európai mozgalomban részt vevő tagvárosok kétféle módon tudnak kapcsolódni az Európai Egészséges Városokhoz:

- *A nemzeti hálózat tagjaként:* A Nemzeti Egészséges Városok Hálózata jelenti az Európai Egészséges Városok mozgalom gerincét. Minden nemzeti hálózat egyedi a maga nemében, hiszen a tagvárosok igényeinek megfelelően fejlődik, a rendelkezésre álló erőforrásoknak, a saját kulturális és jogi kereteiknek megfelelően. Magyarország az Egészséges Városok program elindulása óta aktív résztvevője az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája által indított kezdeményezésnek. Hazánkból Pécs városa az elsők között, alapítóként csatlakozott az európai programhoz, majd röviddel ezt követően létrehozta az Egészséges Városok magyarországi hálózatát. A lazább hálózati keretekből az Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége 1992-ben alakult meg, négy év hálózati együttműködést követően, 11 tagvárossal. A szövetség 2014-ben módosította alapszabályát, melynek következtében lehetővé vált a határon túli magyarlakta települések csatlakozása is. A szövetség egyúttal a nevét is megváltoztatta, hogy kifejezze új szerepét: Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségére.
- *Projektvárosként*: A városok ötévente – a megvalósulási ciklusokhoz igazodva – megújuló szempontrendszer alapján nyerhetnek felvételt a projektvárosok körébe. Magyarországról három város, Pécs a kezdetektől, Győr 1994-től, Székesfehérvár pedig 2017-től projektvárosként is tagja az Európai Egészséges Városok Hálózatának.

Győr városa 1989-ben kapcsolódott be az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének Egészséges Városok mozgalmába, majd 1992-ben lett tagja a megalakult Egészséges Városok Magyarországi Szövetségének. A nemzetközi projekt egyébként 3 évvel korábban, 1986-ban indult 11 város részvételével olyan célból, hogy demonstrálják az Egészséget mindenkinek stratégia működését a gyakorlatban, a települések szintjén, ezen belül is kiemelt hangsúlyt fektetve arra, hogy az egészségügyön kívüli szektorokat, az önkormányzatokat és a közösségeket bevonják az egészségfejlesztésbe. A projekt legfőbb célja az volt, hogy a résztvevő városok döntéshozatali folyamataiban érvényesítsék az egészség szempontjait és a korábban az egészségügy privilégiumaként számon tartott egészségnevelés helyett egy olyan egészségmegőrzési stratégiát dolgozzanak ki, amely több ágazat együttműködésén alapul. Győrben kezdetben az egészségügy karolta fel a mozgalmat, 1992-ben sikerült a működés feltételeit biztosítani és a WHO programirodát felállítani (158/1992. (X.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). 1993-ban felmerült a lehetősége a WHO Európai Regionális Irodájához való közvetlen kapcsolódásra projektvárosként, ami azt is jelentette, hogy az 1993-1997. közötti időszakra tervezett operatív programban való részvételhez bizonyos feltételeknek meg kellett felelni (117/1993. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat):

- *Interszektorális irányítás*: minden projektvárosban szükséges egy interszektorális bizottság létrehozása, melyben az irányító szerepet a politikai döntéshozók töltik be. Győr városa 1993 elején hozta létre az interszektorális bizottságot.
- *Programiroda*: szükséges továbbá a nyilvánosság felé nyitott iroda létrehozása, mely koordinátort alkalmaz és elkülönített költségvetéssel rendelkezik. Az irodát 1992-ben állították fel Győrben és azóta főállású koordinátort alkalmaz.
- *Egészséget mindenkinek irányelvek*: a projektváros feladata, hogy kidolgozza a saját egészséget mindenkinek irányelveit, továbbá elkészítsen és alkalmazzon a gyakorlatban is egy olyan városi egészségtervet, mely elsősorban az egyenlőség, a környezetvédelem, a szociális terület és az egészségügy problémáit célozza meg.
- *Beszámolási kötelezettség*: olyan beszámolási rendszert kell kialakítani, melyben rövid, éves, városi jelentésekben tájékoztatásra kerül a város önkormányzata.
- *WHO Európai Regionális Iroda stratégiai prioritásai*: a projektvárosoknak aktív lépéseket kell tenni, hogy helyi szinten is széleskörűen megismertessék a WHO EURO stratégiailag fontos tevékenységének prioritásait.
- *Nyilvánosság biztosítása*: ki kell alakítani a nyilvánosság részvételi lehetőségeit biztosító rendszereket és erősíteni kell az egészséggel kapcsolatos javaslatok nyilvános városi szintű megtárgyalását a médiával való szoros együttműködésben.

Magyarországról Pécs után másodikként végül Győr kapott lehetőséget a projektvárosi körbe való bekerülésre 1994 februárjában. A felvételt hosszas procedúra előzte meg, melynek során egy 120 oldalas indikátorrendszert kellett kitölteni egészségi, környezeti, szociális és egyéb mutatókról, továbbá egy helyzetértékelő bizottság járt a városban feltérképezni a városvezetés elkötelezettségét, illetve a program működését (106/1995. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A projektvárosokkal szemben az elvárás nem egy meglévő állapotot jelent, hanem elkötelezettséget az egészség kérdései iránt a városvezetés részéről, valamint azt, hogy tudatosan kívánnak tenni a lakosság egészségi állapotának javítása és az ehhez szükséges környezeti és egyéb feltételek megteremtése érdekében. Győr városa a II. ötéves ciklustól kezdve folyamatosan lehetőséget kapott a projektvárosi körben való munkára, 2018-ban a Közgyűlés támogatta a VII. ötéves periódusra is az Európai Projektvárosi Hálózatban való részvételre irányuló pályázat beadását és az ezzel járó kötelezettségek teljesítését (18/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata a WHO Egészséges Városok program keretében, 2005 óta egyedüli magyar városként vesz részt a projektvárosok egy tematikus együttműködésében, az Idősek Egészsége Munkacsoportban (60/2015. (III.27.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A győri Egészséges Városok Program célkitűzéseinek megvalósítását szintén 2005 óta egy civil egyesület, a Győriek Egészségéért Közhasznú Egyesület segíti humán és anyagi erőforrások támogatásával.

Az Egészséges Városok Program keretében számos stratégiai dokumentum készült el Győr városában, melyek az EVP tevékenységeit megalapozzák. A dokumentumokat az alábbi 24. táblázat tartalmazza.

Az Egészséges Városok Program kezdeményezésére több intézményesült formában működő, együttműködési platform is működik a városban. Az EVP koordinálása a WHO Egészséges Városok Programiroda feladata, akinek operatív munkáját az *Egészséges Városok Projekt Irányító Bizottsága* segíti. A WHO Egészséges Városok Program kezdeményezésére Győr Város képviselő-testülete 2001-ben létrehozta a városi *Kábítószerügyi Egyeztető Fórum*ot (a továbbiakban KEF), valamint annak három szakmai bizottságát. A WHO programiroda közreműködésével 1995-ben alakult meg a *Győr Városi Közlekedésbiztonsági Bizottság* is, amely a témához kapcsolódó intézmények, szervezetek közötti kommunikációt, koordinációt hivatott elősegíteni. A negyedik intézményesült fórum az *Idősügyi Tanács*, mellyel majd részleteiben is foglalkozom.

24. táblázat: A győri Egészséges Városok Program stratégiai dokumentumai

Dokumentum elnevezése	Elfogadás éve
Győr Város Egészségképe 1997	1998
Győr Városi Egészségterv	1998
Győri Környezet-egészségügyi Akcióprogram	2000
Győr Városi Drogstratégia 2001	2001
Egészségkép (Győr Város egészségpolitikai állapot leírása)	2003
Győr Városi Drogstratégia 2005-2009	2005
Idősek egészségképe Győr Városában 2006	2006
Koncepció az idősek életminőségének javítására Győrben (2007-2012)	2007
Győr Város Egészségképe 2008	2008
2010-2014. évi Győr Városi Drogstratégia	2009
Idősek egészségképe 2013	2013
Koncepció az idősek életminőségének javítására Győrben (2013-2017)	2013
Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2014	2016
Győr Megyei Jogú Város Drogstratégiája 2016-2020	2016
Győr MJV városi Egészségfejlesztési Terve (2016-2020)	2016
Koncepció az idősek életminőségének javítására Győrben (2020-2024)	2019

Forrás: saját szerkesztés

5.6.2 Társadalmi részvétel az Egészséges Városok Program keretében

A társadalmi részvétel azt jelenti, hogy a döntéshozók mellett az állampolgárok és civil/nonprofit szervezetek is lehetőséget kapnak arra, hogy szűkebb-tágabb környezetükben, településükön zajló folyamatokba beleszólhassanak, azokért felelősséget vállalhassanak. A társadalmi részvétel különböző módokon valósulhat meg, én tanulmányomban a következő részvételi módokat veszem alapul (Reisinger 2012):

1. informálás
2. konzultáció
3. bevonás
4. együttműködés, partnerség
5. felhatalmazás

Az Egészséges Városok Program kezdeményezésére több intézményesült formában működő, együttműködési platform működik a városban, melyeknél megjelenik a társadalmi részvétel (Laczkovits-Takács 2019d).

Az Egészséges Városok Program koordinálása a WHO Egészséges Városok Programiroda feladata, akinek operatív munkáját az *Egészséges Városok Projekt Irányító Bizottsága* segíti. Az interszektorális bizottság létrehozása a projektvárosi tagság „feltétele”, melyben az irányító szerep a politikai döntéshozók kezében van és a különböző ágazatok,

szektorok együttműködését hivatott elősegíteni és lehetőséget biztosít az önkormányzat különböző területei és egyéb intézmények, civil szervezetek közötti párbeszédre. A bizottság működése a projekt irányító szerepe mellett jelenti egyúttal a legitimációt is és a projekt kapcsolódását a helyi politikai rendszerhez. A bizottság számos hatáskörrel rendelkezik az irányítás, a döntéshozatal és a koordinációs feladatai tekintetében (WHO Regional Office for Europe 1997).

Az irányító bizottság mérete, tagjainak száma, összetétele nem kőbe vésett szabály, azt a helyi sajátosságokhoz célszerű igazítani, de mindenképpen szükséges olyan tagok részvétele, akik tényleges kapcsolatban vannak a döntéshozókkal és a Közgyűléssel, valamint akik képviselik a program potenciális partnereit. Győrben a bizottságot az 1992-es év végére állították fel, majd az 1993-as évtől kezdte meg tevékenységét, amikor is a városban működő közösségek képviselőivel bővült a tagsága, így a velük való kapcsolattartás lehetőségei is megnövekedtek (106/1995. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A bizottság megalakulásakor kiemelt céljai voltak a kialakult munkamegosztás és együttműködés folyamatossá tétele, illetve továbbfejlesztése, valamint a tudatosabb együttműködés a városban hasonló célokért küzdő egyesületekkel, önsegítő csoportokkal (117/1993. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A győri Projekt Irányító Bizottság elnöke a projektért felelős politikus, Győr esetében a területet felügyelő alpolgármester. A tagok gyakorlatilag 4 csoportra oszthatóak. Az első csoport az önkormányzathoz köthető, ahol megtaláljuk a Közgyűlés három szakbizottságának elnökét, a WHO koordinátort, továbbá a Polgármesteri Hivatal különböző egységeinek vezetőit, munkatársait. A második csoport az önkormányzati intézményeket tömöríti magába, így az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, a Család- és Gyermekjóléti Központ és hajléktalan-ellátásban szerepet vállaló Segítőház Alapítvány található meg itt. A külső szervezetek, intézmények tekintetében képviselettel rendelkeznek a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal illetékes szakemberei az egészségfejlesztés és a népegészségügy területéről. A non-profit szervezetek közül öt tagja a bizottságnak: az Arrabona Nyugdíjas Egyesület, a Gyermek- és Ifjúsági Érdekegyeztető Fórum, a Mozgáskorlátozottak Győr-Moson-Sopron Megyei Egyesülete, az Esély a gyógyulásra Rákbetegek Győri Egyesülete és a Keret Egyesület.

A WHO Egészséges Városok Program kezdeményezésére Győr Város képviselő-testülete 2001-ben fogadta el a városi drogstratégiát és létrehozta egyúttal a városi *Kábítószerügyi Egyeztető Fórum*ot (a továbbiakban KEF), valamint annak három szakmai bizottságát (Prevenciós Bizottság, Kínálat Csökkentési Bizottság, Terápiás Bizottság) a stratégia megvalósításának segítésére, koordinálására, mely egy széleskörű együttműködést

tesz lehetővé a városban az intézmények és a civil szereplők összefogása révén (18/2001. (I.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A KEF a gyakorlatban összehangolja a drogprobléma kezelésében érintett intézmények és szervezetek munkáját, támogatja a drogstratégia megvalósítását, segíti a hálózatépítést, az információáramlást és az érdemi együttműködést. Kiemelt célja a drogproblémában érintettekkel szolidáris helyi közösség megteremtése, az együttműködés olyan formájának kialakítása és biztosítása, ami elősegíti a droghasználat további terjedésének mérséklését, a problémás droghasználat megelőzését, illetve az általa okozott egyéni és közösségi terhek csökkentését. A KEF a prevenciót helyezi előtérbe, amely a résztvevők aktivitását biztosító, komplex, folyamatos, hosszú távú, személyiségfejlesztésen alapuló egészségfejlesztés. A KEF jogi személyiséggel nem rendelkezik, tanácsadó, és egyeztető jellegű szakmai munkacsoport, konkrét feladatait a Szervezeti és Működési Szabályzata tartalmazza (KEF SZMSZ).

A KEF tagjait 22 intézmény és szervezet 27 szakembere alkotja (52/2018. (III.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), akik között megtaláljuk elnökként Győr Megyei Jogú Város alpolgármesterét, alelnökként a WHO koordinátort, továbbá tagként a WHO iroda munkatársát, a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberét, továbbá a közoktatás, a szakképzés, az ifjúsági ügyek, a család- és gyermekjólét, a rendőrkapitányság, a bíróság, az ügyészség, a hajléktalan-ellátás, a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház képviselőjét, valamint civil szervezetként részt vesz a fórum munkájában a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület, a „Süss Fel Nap" Alapítvány, a Magyar Vöröskereszt Győr-Moson-Sopron Megyei Szervezete, a Szent Cirill és Method Alapítvány és az Ifjúságért Mentálhigiénés Szövetség.

Ugyancsak a WHO Egészséges Városok Programiroda segíti a Győr Városi *Idősügyi Tanács* munkáját és az Idősek életminőségének javítását célzó koncepció éves feladatterveinek végrehajtását. Az Idősügyi Tanács létrehozásáról, személyi összetételéről, működési rendjéről 2006-ban döntött a Közgyűlés (137/2006. (V.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), melynek eredményeképpen 2007. január 1-jén megkezdte a működését a Tanács, ami a győri önkormányzat mellett működő konzultatív, véleményező és javaslattevő testület (262/2006. (IX.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

A WHO programiroda közreműködésével 1995-ben indult Győrben a közlekedésbiztonsági WHO projekt és ekkor alakult meg a *Győr Városi Közlekedésbiztonsági Bizottság* is, amely a témához kapcsolódó intézmények, szervezetek közötti kommunikációt, koordinációt hivatott elősegíteni. A Bizottság elnöke a Győr városi rendőrkapitány, társelnöke a közlekedésért felelős alpolgármester, titkárai a WHO koordinátor és a Győri Városi

Rendőrkapitányság munkatársa, tagjai többek között a városi és megyei rendőrkapitányság, az egyetem, a városi útkezelő szervezet, az állami útkezelő szervezet, a közlekedési felügyelet, egy mérnökiroda és egy biztosítótársaság. A Bizottság kiemelt célja a gyermekbalesetek megelőzése. A kidolgozott közlekedésbiztonsági program, melyet a Bizottság működtetett és koordinált, négy területen próbált meg egyidejűleg intézkedéseket tenni (77/2003. (IV.3.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat):

1. közlekedésre nevelés
2. felvilágosítás
3. közlekedési terek átalakítása
4. közlekedés ellenőrzése

5.6.3 Önkéntesség az Egészséges Városok Program keretében

Az önkéntesség alatt olyan önkéntesen végzett tevékenységet értek, amelyért végzője nem fogad el anyagi ellenszolgáltatást, és amelyet önmaga és családja esetleges hasznán túl elsősorban más személyek, társadalmi csoportok, a közösség épülése érdekében végez (Czike-Kuti 2006, 13). Ritkább megnyilvánulási formája az önkéntességnek, amikor nem a magánszférához kapcsolódó szervezet ösztönzi a társadalmi felelősségvállalás e formáját, hanem egy, a közszférához tartozó szereplő, a helyi önkormányzat, mely jelenséggel a tanulmány is foglalkozik.

Az önkéntességnek Európa számos országában komoly hagyományai vannak és Magyarországon is egyre erőteljesebb igény mutatkozik a társadalmi segítségnyújtás ezen módjára. Győr városában számos jó gyakorlat azonosítható ilyen téren, az egyik ilyen jó példa a *Beszélgető Hálózat* létrejötte, melynek létrehozása és működtetése szorosan kapcsolódik az Egészséges Városok Programhoz. A kezdeményezés 2009-ben való létrehozásának előzménye a 2006-ban elkészült Idősek Egészségképében keresendő, melynek része volt az 50 év feletti városi lakosság reprezentatív mintáján végzett kérdőíves felmérés is. A felmérés adatai szerint minden negyedik megkérdezett egyedül lakik, a 80 év felettiek esetében pedig 43% él egyedül. A magányosságot súlyosbítja, hogy a megkérdezettek 49%-a enyhe depresszióval küzd, míg 5,9%-nál középsúlyos depressziós állapot, 1,9%-nál súlyos depressziós állapot feltételezhető (137/2006. (V.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Önkéntes munkát a megkérdezettek közül alig minden tizedik ember végez, ha igény lenne rá, 23% szívesen vállalna elsősorban szociális vagy oktatási területen. Ezekből az adatokból kiindulva indult el a kezdeményezés, mely gyakorlatilag egy kortárssegítő szolgálat is egyben, hiszen aktív nyugdíjasok vállalnak önkéntes munkát, heti 1 alkalommal, átlagban 2 órában felkeresnek egy magányos időst otthonában egy társalgás erejéig. Van olyan önkéntes,

aki két személyt is vállal, továbbá van olyan segítségre, beszélgetésre szoruló, akit a kórházban vagy bentlakásos szociális intézményben keresnek fel az önkéntesek. A Beszélgető Hálózat pozitív hatásai felbecsülhetetlenek, hiszen oldja az egyedül élők magányát, elszigeteltségét, csökkenti ezáltal a depresszió kialakulásának kockázatát, társaságot biztosít és nem utolsósorban a fontosságát érzését adja. Az önkéntes segítség kölcsönös haszonnal jár és nem csupán annak jelent sokat, akit látogatnak, hanem a segítőknek is. Ez az önkéntes munka hiánypótló a városban, a mentálhigiénés gondozás egy formája, mely nem csak a mentális egészség fenntartását segíti elő, hanem hozzájárul az idősek nyitottságának, szellemi frissességének és fizikai egészségének megőrzéséhez is. A Beszélgető Hálózat önkénteseinek toborzásában eleinte a győri idősügyi szervezetek vállaltak nagyobb szerepet, később a helyi média is bekapcsolódott a toborzási folyamatba, mivel ilyen formában egy szélesebb kört is el lehet érni és esetleg olyanokat is, akik nincsenek az idősügyi szervezetek látókörében. Az önkéntességet vállalók egy 4×4 órás tréningen vesznek részt, melyeket szakpszichológusok tartanak. Míg a kezdeményezés elindulásakor, 2009-ben 16 fő szerzett képzettséget, addig ma már több mint 100 fő kiképzett önkéntesről beszélhetünk. Fontos kérdés továbbá a célcsoport elérése, melyben az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Gondozási Központjai nyújtanak segítséget. 2012 szeptemberétől az önkéntes segítők igényük alapján havi rendszerességű találkozón vesznek részt, ahol lehetőség van saját problémáik egymással való megosztására és egyben továbbképzési és fejlődési lehetőséget is biztosítanak számukra. A tapasztalatok alapján igény van erre a szolgáltatásra Győrben, melyet a város önkormányzata a kezdetektől anyagi forrással támogat (18/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

A helyi önkormányzat által kezdeményezett önkéntesség egyik „legújabb" formája Győrben a „*Légy ott! - Önkéntesség és közösségi élmény a találkozások városában, Győrben*" elnevezésű projekt megvalósítása, melyet a WHO Egészséges Városok Program és annak civil hátterét jelentő Győriek Egészségéért Közhasznú Egyesület koordinál. A 2014-ben elkészített Győr Városi Egészségkép felmérései alapján elmondható, hogy a lakosság nagyobb része (60%) nem végez önkéntes munkát és nem is szeretne ilyet vállalni, 10% korábban végzett, de már nem, 11% még nem önkénteskedik, de nyitott egy ilyen elfoglaltságra és mindössze 10% végez jelenleg is aktív önkéntes munkát (217/2016. (XII. 21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Ezek az adatok szolgáltatták a kiindulási alapot a projekt kezdeményezéseihez. A projekt számos elemet foglal magába, melyet csupán felsorolásszerűen, a legfőbb célok és szakmai tartalmak tekintetében mutatok be (18/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat):

1. *workshop*: célja az önkéntességben rejlő jó gyakorlatok felkutatása, elterjesztése Győr

városában.

2. *közösségi kemence*: célja a különböző generációk tapasztalatainak megosztása, a közös tevékenységek révén egymás jobb megértése, tisztelete, a hagyományok átadása, az új dolgok iránti fogékonyság megőrzése (közös sütés, főzés hagyományos receptek alapján).
3. *szenior táncklub*: táncoktatás tánctanfolyam keretében. A két hónapos „felkészülési időszak" után a résztvevők, táncklub keretében heti gyakorisággal találkoznak és gyakorolják a tanultakat, tehát rendszeresen mozognak a fizikai és szellemi aktivitás megőrzése érdekében.
4. *gyalogló klub:* három városrészben Gyalogló klubot hoztak létre, amelyet önkéntesek vezetnek és a megbeszélt, állandó időpontban és helyen bárki kapcsolódhat a gyaloglókhoz. A résztvevők heti rendszerességgel találkoznak, és másfél órás sétát tesznek közösen, az önkéntes klubvezető irányításával.
5. *randevú:* az egyedülállók számára társaságot, programot biztosít, amely lehetőséget nyújt a társkeresésre is. Egyik cél az egyedül élők mentális támogatása, ezen felül pedig esélyt nyújt az ismerkedésre, kapcsolatépítésre.
6. *Fiatalok a fiatalokért – kortárssegítő csoport:* a képzés azon alapszik, hogy egymás számára ismerős fiatalok könnyebben fordulnak egymáshoz, ha bajban vannak, mint szüleikhez vagy tanáraikhoz. A kortárs segítők kisebb problémák esetén segítséget nyújthatnak, komolyabb esetekben pedig a jelzőrendszer részeként működhetnek.
7. *Idősek az idősekért – Beszélgető Hálózat:* 2009 óta működik a városban, e pályázat újabb képzést tett lehetővé, mely által bővült a résztvevők köre.
8. *Női Információs Központ megújítása:* Az önkormányzat a WHO Egészséges Városok Program nyertes pályázataként, a Pittsburgh-Győr partnerprogram keretében hozta létre. A központ megújításával szélesebb körben tudja a városban élő nők és családtagjaik testi- és lelki egészségét szolgálni.
9. *Önkéntes misszió:* A misszió célja az önkéntesesek toborzása, egy adatbázis létrehozása, és rendszeresen kisebb projektek megvalósítása, a felmerülő igények alapján. Például Győr város egészségügyi-, szociális-, oktatási intézményeiben, sportlétesítményekben felújítási munkálatok elvégzése, valamint lakókörnyezetünk megtisztítására irányuló önkéntes tevékenység elvégzése.
10. *Önkéntes Nagyi Szolgálat:* célja, hogy a nagyszülő-unoka együttlét élményét, a kapcsolat erejét, gyakorlatban használható, életre szóló ismereteit azok is megtapasztalhassák mindkét oldalról, akinek bármely okból kifolyólag jelenleg nincs lehetősége erre. Különösen nagy szüksége lehet ilyen jellegű külső segítségre az

állami gondoskodásban élő, szülői-nagyszülői mintákat nélkülöző gyermekeknek.

11. *Unoka-nagyszülő sakkverseny:* a program célja a közös sakkozás révén a nagyszülő-unoka együttlét, a közös cselekvés élményének mindkét oldalról való megtapasztalása, a generációk közti kapcsolat erősítése.

5.6.4 Az Egészséges Városok Program idősügyi vonatkozásai

Először szeretnék egy rövid kitekintést tenni az Egészséges Városok Mozgalom és az idősügy kapcsolódási pontjaira, szakirodalmi hátterére. Az Egyesült Nemzetek Szervezete (a továbbiakban ENSZ) megfogalmazásában már a 20. században elkezdődött a hosszú élet forradalmának nevezett demográfiai változás, mely megfogalmazás arra utal, hogy mind az idős emberek aránya, mind abszolút száma az egész világon drámai szinten növekszik. A születéskor várható átlagos élettartam 20 évvel növekedett 1950 és 2000 között, és további 10 évvel való növekedés valószínűsíthető 2050-re. Ez azt is jelenti, hogy a 2000-ben közel 600 millió 60 éven felüli idős ember száma 2050-re mintegy 2 milliárdra fog növekedni. Globális szinten a 60 évesek és 60 év felettiek aránya 2000 és 2050 között megduplázódik (10%-ról 21%-ra), míg a gyermekek aránya pedig egyharmadával csökken (30%-ról 21%-ra) (United Nations 2002). A demográfiai forradalom kihívásait felismerve az ENSZ kezdeményezte egy szerteágazó együttműködési keret kialakítását az idősügy tekintetében. 1989-ben Bécsben rendezte meg az első öregedéssel foglalkozó világkonferenciát, melynek az volt az elsődleges küldetése, hogy fórumot biztosítson egy nemzetközi cselekvési program elindításához, melynek célja a gazdasági és szociális biztonság garantálása az idős emberek számára, valamint a világ társadalmainak ösztönzése arra, hogy fogalmazzanak meg válaszokat az elöregedő népességgel járó kihívásokra és az idős emberek speciális igényeire (United Nations 1983). A világkonferencián elfogadták az Nemzetközi Idősügyi Cselekvési Tervet, az első nemzetközi idősüggyel foglalkozó dokumentumot, mely 62 ajánlást fogalmazott meg számos területet érintve, többek között az egészség és táplálkozás, idős vásárlók védelme, lakhatás és környezet, család, szociális jólét, foglalkoztatás, stb. tekintetében. Az ENSZ Közgyűlése 1991-ben október elsejét az Idősek Világnapjává nyilvánította, továbbá megfogalmazta az idősekre vonatkozó alapelveit, melyek szerint olyan idősekre irányuló társadalmi beavatkozásra van szükség, amely az emberek egész élete során biztosítja a függetlenséget, a részvételt, a gondoskodást, az önmegvalósítást és a méltóságot (United Nations 1991). Az 1999-es évet pedig az Idősek Nemzetközi Évének szentelte. 2002-ben Madridban rendezték meg a soron következő idősügyi világkonferenciát, ahol elfogadták a Madridi Nemzetközi Idősügyi Cselekvési Tervet, mely több 100 ajánlást fogalmazott meg,

melyek az alábbi három kiemelt témakörhöz kapcsolódnak: idős emberek és a fejlődés, időskori egészség és jól-lét fejlesztése, támogató környezet biztosítása (United Nations 2002). Az Egészségügyi Világszervezet (a továbbiakban WHO) 2002-ben publikálta az idősügyi politikát meghatározó alapdokumentumát, melynek címe „Active Ageing – Policy Framework". A dokumentum azért jelentett igazi áttörést, mert kihangsúlyozza, hogy a figyelmet nem csupán az egészségügyi és szociális vonatkozásokra kell leszűkíteni, hanem az emberi élet kiteljesedésére kell fordítani (81/2009. (X.6.) OGY határozat). 2002-től a WHO munkája, tevékenysége tehát az aktív idősödés fogalma köré épült, mely az egészség, a társadalmi részvétel és biztonság lehetőségeinek optimalizálási folyamata a megfelelő életminőség biztosítása érdekében (World Health Organisation 2002). Az aktív idősödés fogalmát a 2015-2030-as időszakban az egészséges idősödés váltotta fel, mely az időskori jól-létet biztosító funkcionális képességek fejlesztésére és megtartására irányuló folyamat (World Health Organisation 2015).

Magyar viszonylatban az idősügyet alapjaiban meghatározó dokumentum a 2009-ben elfogadott Idősügyi Nemzeti Stratégia, melynek legfontosabb céljai, hogy az idős ember mint a társadalom megbecsült tagja egészséges legyen, ne legyen magányos, biztonságban és védettségben élhessen (81/2009. (X.6.) OGY határozat). A stratégia továbbá megfogalmazza, hogy egy korszerű, a gazdasági, társadalmi és demográfiai változásoknak megfelelő időspolitika kialakítása és szisztematikus megvalósítása csakis a legszélesebben értelmezett együttműködésen alapulhat, az állam, az önkormányzatok, a civil szervezetek, az egyházak, a profitorientált szervezetek, az informális közösségek és az érintettek részvételével.

A társadalom elöregedése folyamatos kihívást jelent az aktív társadalomnak, de nem csak a szociális és az egészségügyi ellátórendszer tekintetében, ezért a WHO ajánlása szerint a kormányoknak és az önkormányzatoknak fel kell készülni arra, hogy az elöregedés hatásait hogyan tudják kezelni (327/2007. (XI.15.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), és a megfelelő életminőséghez szükséges feltételek kialakítása az önkormányzatok felelőssége is, melyhez szükséges az idős emberek iránti szolidaritást biztosító szemlélet kialakítása is (31/2010. (II.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

Ahogy korábban is már kitértem rá, Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata a WHO Egészséges Városok program keretében, a nemzeti hálózati tagság és a projektvárosi tagság mellett 2005 óta egyedüli magyar városként vesz részt a projektvárosok egy tematikus együttműködésében, az „Egészséges Időskor" Alhálózatban (60/2015. (III.27.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az alhálózat munkájában 16 európai projektváros vesz részt. Az egészséges idősödés 2003 óta egy kiemelt téma az Európai Egészséges Városok Hálózatában.

A negyedik ötéves cikluson belül (2003-2008) Győr városa a meghatározott prioritások közül a városban élő idős lakosság egészségének fejlesztését tűzte ki célul, amit azóta is prioritásként kezel az EVP megvalósítása során. A következőkben a győri idősügyi tevékenység meghatározó elemeit mutatom be, amellyekkel megjelent tanulmányaimban is foglalkoztam (Laczkovits-Takács 2018b, 2019c).

Idősügyi Tanács

Az Egészséges Városok Program idősügyi vonatkozásában a legfontosabb intézményesült fórum a Győr Városi Idősügyi Tanács, melynek működése több mint 10 évre tekint vissza. A Tanács munkáját a WHO Egészséges Városok Programiroda segíti.

Országos szinten az Idősügyi Tanács – több európai országot megelőzve – már 1997 óta működik Magyarországon (Zárol 2014), melyet a Kormány azért hozott létre, hogy a kormányzati tevékenységben eredményesebben érvényesüljenek az idősek érdekei. A győri önkormányzat mindig kiemelt figyelmet fordított a városban élő idősekre, az életkörülményeikre, a szociális támogatásukra, a kulturális lehetőségeik bővítésére, továbbá a városban számtalan önszerveződés, szakmai klub működik, melyekben a szépkorúak aktívan tevékenykednek. Az országos példát szem előtt tartva, az Idősügyi Tanács létrehozásáról, személyi összetételéről, működési rendjéről 2006-ban döntött a győri Közgyűlés (137/2006. (V.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), melynek eredményeképpen 2007. január 1-jén megkezdte a működését a Tanács, ami a győri önkormányzat mellett működő konzultatív, véleményező és javaslattevő testület (262/2006. (IX.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

Az Idősügyi Tanács elnöke a polgármester, akit akadályoztatása esetén az alelnök helyettesít, az alelnöke a város alpolgármestere, titkára a Szociális, Egészségügyi és Lakásügyi Bizottság által delegált bizottsági tag. A Tanács tagjai: önkormányzati képviselők (3 fő), nyugdíjas szervezetek képviselői: (3 fő – Arrabona Városi Nyugdíjas Egyesület, Győr-Moson-Sopron Megyei Pannon Nyugdíjas Egyesület, Győri Nemzeti Polgári Nyugdíjas Egyesület), az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény képviselője (1 fő). Az állandó meghívottak között konzultációs joggal a Tanács ülésein részt vesz a Humánszolgáltatási Főosztályvezető, a Szociális Osztályvezető, a WHO koordinátor és az egyházak képviselői. Évente legalább négy alkalommal ülésezik, munkatervét maga határozza meg.

Idősek egészségképe, idősek életminőségét javító koncepció, éves feladatterv

Az EVP idősügyi feladatait, kezdeményezéseit a releváns stratégiai dokumentumok alapozzák meg. Ezek közül két dokumentumot kell kiemelni. Az egyik az Idősek egészségképe, mely 2006-ban és 2013-ban készült a városban. Az egészségkép

kidolgozásának alapját az „Egészséges Időskor” Alhálózat által kidolgozott indikátor lista és útmutató jelentette, amit WHO-s indikátorok alapján dolgoztak ki és bocsájtották az alhálózat tagjainak rendelkezésére (137/2006. (V.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A 2006-ban készült győri Idősek Egészségképe két forrásból állt össze:

1. A WHO-s indikátor lista alapján meglévő adatokból összeállított adatbázis.
2. Az 50 év feletti győri lakosság 320 fős mintáján készült kérdőíves felmérés.

A lakossági felmérés azokra a minőségi mutatókra irányult elsősorban, amelyekről az Önkormányzat a meglévő forrásokból nem rendelkezett adatokkal.

A 2006-os Egészségkép külön fejezetben vizsgálta az 50 év feletti győriek demográfiai és egészségi helyzetét, úgy mint az egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szociális jóléti és más ellátó szolgálatokhoz való hozzáférést. A harmadik nagy fejezet keretén belül, mely a Szociális kép – gyengeségek és erősségek címet viseli, vizsgálat tárgyát jelentette a jövedelem és szociális helyzet, a lakáshelyzet és környezet, a foglalkoztatás-hivatás, az oktatás, a közösségi részvétel és a fejlesztési kérdések. Az Idősek Egészségképére, mint helyzetfelmérésre alapozva készült el az Idősek életminőségének javításáról szóló koncepció a 2007-2012-es időszakra, melyet a Közgyűlés 2007 novemberében fogadott el (327/2007. (XI.15.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), mely megfogalmazta a prioritásokat, valamint tématerületenként javaslatokat és konkrét célokat.

Az idősek életminőségének javításáról szóló koncepció 2012-ben lejárt, így esedékessé vált az Idősek egészségképének aktualizálása, melyre építve elkészülhetett a következő öt évre szóló új koncepció is (216/2013. (IX.27.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Végeztek egy helyzetfelmérést, melynek megállapításaira alapozva készült el a 2013-2017-es időszakra vonatkozóan az idősek életminőségét javító koncepció, aminek alapjául a Korbarát Városok Globális Hálózatának ajánlása szolgált, így a koncepció az alábbi nyolc fő területhez kapcsolódóan fogalmazza meg a célkitűzéseket (World Health Organization, 2017):

- külső terek és épületek
- közlekedés
- lakhatás és lakókörnyezet
- társadalmi részvétel
- tisztelet és társadalmi integráció
- állampolgári részvétel és foglalkoztatás
- kommunikáció és információ
- közösségi támogatás és egészségügyi szolgáltatások.

Mind a 2007-ben, mind a 2013-ban elfogadott koncepciókban megfogalmazott célok megvalósítása évről évre az adott évre lebontott feladatterv megvalósításával történik, mely feladatterv, illetve végrehajtása az Idősügyi Tanács és Győr Város Közgyűlése által kerül elfogadásra. Az alábbi 25. számú táblázat röviden összegzi, hogy 2017. évben mely tevékenységek végrehajtását vállalta Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata.

25. táblázat: A 2017. évi feladatterv célok és elvégzett tevékenységek tükrében

Területek (Domains)	Cél	Elvégzett tevékenységek
1. KÜLSŐ ÉS BELSŐ TEREK, ÉPÜLETEK	A városi környezet idősek szükségleteit figyelembe velő fejlesztése.	Közösségi terek bővítése, megújítása, padok kihelyezése, új közösségi terek kialakítása.
2. KÖZLEKEDÉS	Mobilitás, öngondoskodás elősegítése.	Járdák, kerékpárutak megújítása, GyőrBike rendszer bővülése.
3. LAKHATÁS ÉS LAKÓKÖRNYEZET	Az időseknek saját otthonukban maradását elősegítő megoldások alkalmazása.	Idősbarát lakásprogram meghirdetése.
4. TÁRSADALMI RÉSZVÉTEL	Kultúra iránti érdeklődés felkeltése, élethosszig tartó tanulás. Kulturális szolgáltatások fejlesztése.	Nyugdíjas Egyetem támogatása, korbarát programszervezés: Nyugdíjas Alkotók kiállítása, Idősek világnapi ünnepség, Tavaszi nagykoncert.
5. TÁRSADALMI INTEGRÁCIÓ	Döntéshozatalban való részvétel elősegítése. Idősek közösségi részvételének ösztönzése. Felkészülés az időskorra, tudatosság növelése.	Idősügyi Tanács működése, nyugdíjas szervezetek támogatása, EESZI Országos Találkozójának megrendezése. „Légy ott pályázat!” által kínált programok, EESZI TOP pályázatának keretében „Húsvéti tojásvadászat”. Magyar-kazah jótékonysági koncert, Örökifjak fesztiválja, EESZI nyitott kapuk programsorozata.
6. ÁLLAMPOLGÁRI RÉSZVÉTEL ÉS FOGLALKOZTATÁS	Idősek képviseletének még hatékonyabbá tétele. Alacsony jövedelmű nyugdíjasok felkutatása, támogatása. 50 és 60 év felettiek foglalkoztatásának javítása. Nyugdíjállományra való felkészülés segítése. Aktivitás, önkéntes munkavállalás elősegítése.	Idősügyi Tanács kihelyezett ülései. A lakossági tájékoztatása a helyi média segítségével. Szociális ellátásokról, támogatásokról való rendszeres tájékoztatás. Tájékoztató a Nyugdíjas Szövetkezetek tevékenységéről. Nyugdíjas klubok működése, Beszélgető Hálózat működtetése.
7. KOMMUNIKÁCIÓ, INFORMÁCIÓ	Egészséges idősödés, pozitív időskép közvetítése a helyi társadalom számára. Informatikai kultúra fejlesztése.	Győr-Plusz hetilapban Generációk rovat. Informatikai ismeretek bővítése több csoportban a Nagyi-Net képzéseinek keretén belül.
8. KÖZÖSSÉGI TÁMOGATÁS, EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK	Egészségügyi és szociális szolgáltatások színvonalának megtartása, hatékonyság javítása. Egészség megőrzése és fenntartása időskorban (mentális egészség, fizikai egészség, egészséges táplálkozás). Dohányzásról való leszokás támogatása. Idősek speciális szükségeinek megismerése.	Egészség-Piac lakossági egészségmegőrző programsorozat, Idősvonal működtetése. Szűrővizsgálatok a városi rendezvényeken. Gyaloglóklubok elindítása a városban. Uszodabérletek kiosztása. Győr Városi Rendőrkapitányság rendszeres tájékoztató előadásai. Gyógyszertámogatás és rendkívüli települési támogatás jogosultsági feltételeinek változása. Házi segítségnyújtást végzők számának bővítése. EESZI Otthon utcai telephely bővítése. Idősbarát Régió projektban való részvétel.

Forrás: saját szerkesztés a 19/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat alapján

Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata folyamatosan segíti a győri időseket, hogy minél hosszabb ideig élhessenek saját, megszokott környezetükben, lakásukban a szociális szolgáltatások megszervezésével, az intézményes ellátórendszer kialakításával, továbbá egyéni és csoportos kedvezmények biztosításával (337/2009. (X.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat), valamint olyan programokban való részvétellel, melyek kimondottan az idősek lakhatásának korszerűsítését helyezték középpontba. Ilyen kiemelt projekt volt a Wel-hops európai uniós program. A győri önkormányzat sikeresen pályázott az INTERREG IIIC Közösségi programjára, melynek keretein belül 2005 és 2007 között részt vett a „Welfare housing policies for senior citizens" (Wel_hops) projekt megvalósításában külföldi partnerekkel együtt (219/2007. (VII.5.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). A projekt alapgondolata, hogy az idősek számára minél hosszabb ideig biztosítható legyen az önellátás fenntartása, a választás lehetősége, az életminőség és az önállóság javítása mellett, küldetése pedig ajánlások megfogalmazása idősek otthonainak megtervezéséhez, felújításához. A partnerországokban és további európai országokban meglévő idősek számára megfelelő otthonok példáit összegyűjtötték és kategorizálták, rendszeres tapasztalatcseréket, fórumokat, konferenciákat tartottak, melynek eredményeképpen elkészült egy kézikönyv, mely ajánlásokat fogalmaz meg az időskorúak életminőségének javítása érdekében. Az ajánlásokat az alábbi öt fejezetbe sorolták be: a lakás, az épület lakásokon kívüli belső területe, az épületet körülvevő környezet, a városi környezet, átépítés és átalakítás. Mindegyik fejezet ajánlásaira vonatkozóan kiemelt fontosságú a lakáson kívüli és belüli akadálymentes közlekedés, a lakások bejáratának könnyű megközelíthetősége, felismerhetősége, a városi környezet lehető legbiztonságosabb kialakítása. Az Önkormányzat a projekt folytatásaként 2009 óta hirdeti meg az *idősbarát lakásprogram*ot, melyre a költségvetésében a 2009-es évben 4 millió, 2010-2016 között 5 millió és 2017-től 6 millió, 2020-ban 8 millió forintot különített el. A pályázat lebonyolításában a kezdetektől a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Nyugat-Dunántúli Régiója vesz részt megállapodás keretében kerül átadásra minden évben a „Wel_hops" kiadásokra elkülönített pénzösszeg (99/2011. (IV.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat). Az átadott pénzeszköz felhasználása minden évben a Közgyűlés által elfogadott feltételek és bírálati szempontok alapján történik, mely szempontok a 2020-as évben a következők voltak:

1. 70 év feletti életkor[71]
2. Győri saját tulajdonú, vagy a pályázó haszonélvezetével terhelt ingatlanban – amelyet tulajdoni lappal kell dokumentálni – életvitelszerű tartózkodás.
3. A támogatás összege minimum 100.000 maximum 600.000,- Ft lehet[72].

[71] 2013 és 2018 között 65 év volt a pályázat korhatára, előtte és utána 70 év.

4. A lakás átalakítása az idős ember életét könnyítse meg, az önálló élet feltételeit javítsa.
5. Egy lakásra egy támogatási kérelem nyújtható be.
6. Előnyt élvez az az idős személy, aki igénybe vesz valamely szociális szolgáltatást.
7. A támogatás nem örökölhető.
8. A támogatás felhasználásáról fényképes beszámolót kell készíteni.

2009 óta 144 idős életfeltételeit javító lakáskorszerűsítés valósult meg a pályázati keretből 58,6 millió forintból.

2013-ban indult útjára egy pályázati forrás[73] segítségével egy újabb szolgáltatási elem a győri idősek és hozzátartozóik számára, mely a már meglévő ellátások és szolgáltatások hozzáférhetőségét kívánta elősegíteni és mely gyakorlatilag egy jelzőrendszerként is funkcionál az idősellátás területén. Az *Idősvonal* kiemelt célja a város lakosságának tájékoztatása az idősödéssel kapcsolatos változásokról, valamint a családok felkészítése arra, hogy probléma esetén milyen segítségnyújtási lehetőségek vehetők igénybe. További célkitűzés a figyelem ráirányítása arra, hogy fontos a tudatos felkészülés az időskorra. Az Idősvonal egy korszerű kommunikációs tér, elérése több csatornán (telefon, e-mail, honlap) keresztül biztosított. Az idősek és hozzátartozóik az Idősvonalon az idősekkel, időskorral, idősödés folyamatával és szociális szolgáltatások igénybevételével kapcsolatos kérdéseiket tehetik fel, amelyekre rövid időn belül szakértői válaszokat kaphatnak. Továbbá e vonalon jelezhetik azt is, ha a környezetükben átmenetileg vagy tartósan segítségre szoruló idős emberről van tudomásuk. Az Idősvonal a projekt lezárásával nem ért véget, hanem a napi munkába beépült szolgáltatást a mai napig működteti az önkormányzat.

A *Légy ott! - Önkéntesség és közösségi élmény a találkozások városában, Győrben*" elnevezésű projekt, melyet a WHO Egészséges Városok Program és annak civil hátterét jelentő Győriek Egészségéért Közhasznú Egyesület koordinál, szintén számos programelemet tartalmaz a győri idősek számára – többek között szenior táncklub, gyaloglóklub, önkéntes nagyi szolgálat, unoka-nagyszülő sakkverseny – is megcélozza ezt a korosztályt (18/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat).

Győr idősbarát tevékenységének elismeréseként 2010 után 2018-ban is elnyerte az *„Idősbarát Önkormányzat Díjat”*. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma és a Belügyminisztérium abban az évben 15. alkalommal ítélte oda a rangos elismerést. A díjat pályázat útján azok a helyi önkormányzatok nyerhetik el, amelyek a szociális gondoskodás körébe tartozó kötelező alapfeladataikon túl aktív tevékenységükkel – különösen a pályázati

[72] 2009-2010-ben 300.000,- Ft, 2011-2015 között 400.000,- Ft, 2016-2019 között 500.000,-Ft és 2020-ban 600.000,- Ft volt a maximum támogatási összeg.
[73] TÁMOP-5.4.9-11/1-2012-0021 – Fejlesztés a szolgáltatásokban rejlő lehetőségek jobb kiaknázásával és a partnerkapcsolatok erősítésével pályázat keretében.

lehetőségek kihasználásával – elősegítik az idős korúak helyi szervezeteinek működését, illetve hozzájárulnak szabadidős programjaik megszervezéséhez, példamutató együttműködést alakítanak ki az idősügy területén tevékenységet folytató szervezetekkel, illetve személyekkel, a helyi közéletbe, illetve annak alakításába széles körűen bevonják az időskorú polgárokat, illetve szervezeteiket, és akik kialakították a helyi idősbarát politika azon rendszerét, amely hosszú távon biztosítja e területen az eredményes működést (58/2004. (VI.12.) ESZCSM-BM együttes rendelet).

5.6.5 Összegzés

A disszertáció ezen fejezetében rámutattam, hogy a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyik meghatározó pillére, az Egészséges Városok Program milyen sokrétű tevékenységet, feladatot lát a lakosság legkülönbözőbb célcsoportjai tekintetében. Ahogyan a modell többi pillére esetében, itt is a helyi önkormányzat meghatározó szerepvállalásáról van szó, aki a különböző szektorok intézményeivel, szakembereivel való együttműködésekben mind kezdeményező, mind irányító szerepben feltűnik. Győr városa nem csupán a nemzeti hálózat tagjaként, hanem projektvárosként is tevékenykedik az Egészséges Városok Programban, mely tagságnak egyik alapfeltétele egy projekt irányító bizottság formájában testet öltő interszektoriális együttműködés, ami szükségessé teszi nemcsak az önkormányzat többi egységével, intézményeivel való együttműködést és együttgondolkodást, hanem nagy hangsúlyt fektet a közszférán kívüli szereplők, köztük a civil szervezetek bevonására is, ami a társadalmi részvétel egy megvalósulási formája. Az együttműködési fórum legitimációja tekintetében különös jelentőséggel bír a politikai döntéshozók elkötelezettsége, akik nélkül nem is tudna működni az Egészséges Városok Program. Azonban a projekt irányító bizottságon kívül több intézményesített fórum is működik az EVP koordinálásában, melyekben szintén biztosított a társadalmi részvétel elve. A részvétel módjait tekintve az informálás, a konzultáció, a bevonás, az együttműködés és a partnerség mind biztosított az Egészséges Városok Program működése során. A társadalmi részvétel kapcsán nem csak a civil szervezetek bevonására kell gondolni, hanem a város lakosságának részvételére is, melynek lehetősége szintén adott, hiszen alapelv a széleskörű nyilvánosság biztosítása és a közösségek részvétele. Szintén a civilek erős jelenlétét erősíti, hogy a Program keretében megvalósuló tevékenységeket civil háttérként egy közhasznú egyesület segíti. Az önkéntesség vonatkozásában jó gyakorlatként értékelhető, hogy a civil szervezetek hagyományos szerepvállalása mellett, az EVP keretén belül az önkormányzat fontos szerepet tölt be ilyen téren és számos lehetőséget teremt az önkéntesség erősítésére, elterjesztésére a városban. A győri egészségügyi és szociális

szolgáltatásszervezési modell többi pilléréhez hasonlóan, összességében itt is elmondható, hogy az Egészséges Városok Program magas színvonalú, eredményes működésének alapja is a város gazdasági ereje, mindemellett a különböző pályázati források is fontos szerepet töltenek be. A győri EVP működése több évtizedes múltra tekint vissza, számtalan kezdeményezéssel, programmal a háta mögött, melynek csupán egy kis szegmensét dolgozták fel a disszertáció ezen fejezetei.

Az alfejezetben rámutattam továbbá arra, hogy a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyik meghatározó pillére, az Egészséges Városok Program sokrétű tevékenysége, feladat-ellátása során kiemelt figyelem övezi az időseket. A szociális pillér, vagyis a helyi szociális ellátórendszer által, a jogszabályi keretek között ellátott kötelező és önként vállalt feladatok palettáját jól kiegészítik az Egészséges Városok Program keretében az idősek számára nyújtott szolgáltatások. Ahogyan a modell többi pillére esetében, itt is a helyi önkormányzat meghatározó szerepvállalásáról van szó, aki a különböző szektorok intézményeivel, szakembereivel való együttműködésekben mind kezdeményező, mind irányító szerepben megjelenik. A győri EVP keretén belül a 2000-es évek második felétől kezdve vetül különös figyelem az idősebb korosztályra. Ekkor alakul meg a győri idősügy meghatározó fóruma, az Idősügyi Tanács, melyben mindenki helyet kapott, aki valamilyen módon kapcsolódik a győri idősügyhöz, a városban működő nyugdíjas szervezetektől kezdve, az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézményen át, a városi döntéshozókig. A helyi idősügyi tevékenység megalapozását a 2006-ban elkészült idősek egészségképe, majd az arra épülő idősek életminőségének javítását célzó koncepció adta, melyek meghatározott időközönként megújításra kerülnek. A győri EVP éves feladattervek segítségével célok és feladatok megfogalmazásával folyamatosan napirenden tartja az „idősek ügyét" a városban. A város idősügyi tevékenysége országos szinten elismert, melyet az Idősbarát Önkormányzat Díjak is tanúsítanak, de mindemellett Győr aktív szereplője az idősbarát európai kezdeményezéseknek és együttműködéseknek is, melyek számos jó európai gyakorlat megismerését és átvételét teszik lehetővé. A korábbi WHO koordinátor az interjú során kifejtette, hogy e terület hatékony és eredményes működésének az alapja a folyamatos és a stabil politikai támogatás volt, valamint a széleskörű partnerhálózat.

5.7 A győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell működése a COVID-19 járvány idején

Mint az élet minden területét, úgy a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell működését is alapjaiban érintette az új koronavírus, a COVID-

19 megjelenése Magyarországon. Az élet- és vagyonbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó humánjárvány következtében Magyarország Kormánya 2020. március 11-én 15 órától Magyarország egész területére veszélyhelyzetet hirdetett ki[74], mely veszélyhelyzetben a Kormány rendeleteket alkothat, akár egyes törvények alkalmazását felfüggesztheti, törvényi rendelkezésektől eltérhet, valamint egyéb rendkívüli intézkedéseket hozhat az Alaptörvény ide vonatkozó rendelkezései alapján[75]. A Kormány veszélyhelyzet idején hozott rendeletei 15 napig maradnak hatályban, meghosszabbításukhoz az Országgyűlés felhatalmazása szükséges, mely felhatalmazás a koronavírus elleni védekezésről szóló törvényben testesült meg és 2020. március 30-án lépett hatályba. A koronavírus járvány miatti veszélyhelyzet megszüntetését 2020. június 16-án szavazta meg az Országgyűlés, mely döntés június 17-én éjfélkor lépett hatályba.

Egy aktuális kutatás keretében (Dézsi et al. 2020) Győr Megyei Jogú Város általam felvázolt egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell négy pillérjének működését vizsgáltam a veszélyhelyzet ideje alatt. Általánosságban elmondható, hogy a kihirdetett veszélyhelyzetben mind az egészségügyi ellátórendszerre, mind a szociális ellátórendszerre nagy teher és számos feladat hárult. Az egészségügyi és szociális területen működő intézmények, szolgáltatók működését, a működés alapelveit, az eljárásrendeket alapvetően a Kormány határozatai, az EMMI rendeletei, tájékoztatói, az EMMI miniszterének levelei határozták meg, tehát központilag meghatározott szabályokról beszélhetünk. A gyakorlati megvalósítás mikéntjét a helyi önkormányzati szinten alakították ki és alkalmazták. A működés sajátosságait tehát a központi és helyi szint együttesen határozta meg. Helyi szintű döntéshozatal tekintetében fontos kiemelni, hogy 2020. március 11. után az ide vonatkozó jogszabály[76] értelmében a települési önkormányzat képviselő-testületének feladat- és hatáskörét, ide értve a bizottságokra – köztük a Szociális, Egészségügyi és Lakásügyi Bizottságra – átruházott hatásköröket is veszélyhelyzet idején a polgármester gyakorolja. 2020. első felében lezajlott a járvány első hulláma, azonban azt második és harmadik hullám is követte. Az alábbi fejezetekben részletesen foglalkozok az első hullám alatti intézkedésekkel és rövid kitekintést teszek minden pillér esetében a második és harmadik hullámra.

5.7.1 Szociális pillér

A szociális pillér tekintetében több elemet vizsgáltam, így górcső alá került a 70 év felettiek ellátásának helyi megszervezése, a szociális szolgáltatások és gyermekjóléti

[74] 40/2020. (III.11.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet kihirdetéséről
[75] Magyarország Alaptörvénye 53. cikk
[76] 2011. évi CXXVIII. törvény a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról

alapellátások keretében az idősellátás, a bölcsődei ellátás, a család- és gyermekjóléti feladatok, illetve a hajléktalan-ellátás járvány alatti megszervezése.

70 év felettiek ellátása

A veszélyhelyzet idején a szociális terület egyik fontos feladata lett helyi szinten az idősek védelme és ellátása. A kormányrendelet rendelkezése szerint ha a 70. életévüket betöltött személy vállalja, hogy lakóhelyét/tartózkodási helyét nem hagyja el és erről a helyi önkormányzatot tájékoztatja, akkor az ellátásáról való gondoskodás a települési önkormányzat polgármesterének a feladata (46/2020. (III.16.) Korm. rendelet). Az idősekről való gondoskodás során az önkormányzat az alábbiakban nyújtott segítséget:

- napi egyszeri – a szociális ellátás keretei között – (térítésalapú) meleg étkezés biztosítása házhoz szállítással,
- heti egyszeri élelmiszer bevásárlás lebonyolításának segítése,
- heti egyszeri, vagy a szükségszerinti (havi felírású) gyógyszer kiváltás biztosítása.

A 70 év felettieknek annyi volt a feladatuk, hogy ellátási igényükről tájékoztassák az önkormányzatot, melyre több formában volt lehetőség (gyor.hu 2020a). Míg a megadott kommunikációs csatornákon az igények a Polgármesteri Hivatal munkatársaihoz érkeztek be, addig az idősek ellátásáról Győrben az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény munkatársai gondoskodtak, de csakis abban az esetben, ha ezt a szolgáltatást korábban igényelték a megjelölt módon (gyorplusz.hu 2020g). A veszélyhelyzet során keletkezett többletfeladatok ellátására az EESZI létszámát nem kellett bővíteni. Az étkezés adminisztratív részét a gondozási központokban dolgozó munkatársak intézték, míg az ebéd kiszállítását a szerződött partner végezte. A többi feladat ellátására (bevásárlás, gyógyszerkiváltás) egy új csoport alakult az EESZI keretein belül az idősklubok dolgozói, az iskolavédőnők, a Műszaki Ellátó Szervezet gépkocsivezetői, a Gazdasági Működtető Központ gépkocsivezetői részvételével. A feladatok ellátásához szükséges létszámot az igények alapján alakították és folyamatosan monitorozták. A legtöbb igény kiszolgálása idején közel 30 fő vett részt a feladatok ellátásában. Később igényként jelentkezett a postai csekkek feladásában való segítségkérés, így abban is segített az önkormányzat és a Magyar Posta Zrt.-vel való együttműködés keretében a három hetente összegyűjtött csekkeket azonnali ügyintézés keretében tudták feladni a városrészi postákon. A Misszió Mentő Betegszállító és Szolgáltató Kft. szintén segítette az önkormányzati feladatellátást, heti egy alkalommal vállalták az idősek szállítását ügyeik (például banki ügyek) intézése érdekében.

Az önkormányzat 2020. március 17-én tájékoztatta több csatornán a lakosságot a 70 év feletti idősek ellátásával kapcsolatban, az első igények az EESZI-hez március 18-án

érkeztek. A hivatalos tájékoztatóban megjelenteken (napi egyszeri meleg étkezés, bevásárlás, gyógyszerkiváltás) túl további partnerek bevonásával a győri önkormányzat a csekkfeladásban, illetve a banki ügyek intézésében is segítette a 70 éven felülieket. Az önkormányzat segítségét kérő idősek számát a 26. számú táblázat tartalmazza.

26. táblázat: Az ellátást igénybe vevők száma ellátásonként (fő)

	Igénybe vevők száma (fő)
Ebédet igényelt	267
Csak bevásárlást kért	127
Csak gyógyszerkiváltást kért	43
Csak csekkfeladást kért	70
Bevásárlást és gyógyszerkiváltást kért	283
Bevásárlást és csekkfeladást kért	25
Gyógyszerkiváltást és csekkfeladást kért	6
Bevásárlást, gyógyszerkiváltást és csekkfeladást kért	39

Forrás: Saját szerkesztés az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr adatszolgáltatása alapján

A járvány második és harmadik hulláma során kormányrendelet nem írta elő a 70 év felettiek ellátását a települési önkormányzatok feladataként.

Szociális szolgáltatások és gyermekjóléti alapellátások

Győr város önkormányzata a személyes gondoskodás különböző formáit az alábbi – korábban már részletesen bemutatott négy intézmény keretében látja el, valamint ellátási szerződés alapján további civil partnerek bevonásával.

Idősellátás

Az első hullám alatt egyes szociális ellátások tekintetében a Kormány rendeletében[77] szabályozta, hogy a nappali ellátást nyújtó intézmények épületében nyújtható szolgáltatások szüneteltek, azok látogatása a foglalkoztatottak kivételével tilos volt. Ezek alapján Győrben nem működtek többek között a nappali ellátást nyújtó idősklubok. Az ellátottakkal az infokommunikációs eszközökkel tartották a kapcsolatot, a napi ellátásban segítségre szoruló időseket pedig rendszeresen látogatták a szakemberek. A járvány első hulláma szabályainak feloldásával (2020. június 22-től) 50 %-os létszámkorláttal működtek a klubok az eredeti állapothoz képest a fenntartó döntése alapján, majd 2020. decemberében ismét bezárásra kényszerültek egészen 2021. május 17-ig.

[77] 88/2020. (IV.5.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során teendő, egyes szociális és gyermekvédelmi ellátásokkal kapcsolatos intézkedésekről, valamint a szociális szolgáltatásoknak a veszélyhelyzet során elrendelt működési rendjéről

A bentlakásos intézmények és az átmeneti gondozóházak tekintetében 2020. március 8-tól látogatási, majd március 15-től kijárási tilalmat rendeltek el, mely Győrben 232 bentlakásos otthonban és 43 átmeneti gondozóházban lakó időskorút érintett. A megüresedett helyeket nem töltötték fel, új beköltözőket nem fogadott az EESZI. Az intézmény minden bentlakásos idősek otthonában és átmeneti gondozóházában a koronavírus-járvány okozta helyzethez – különös tekintettel a megelőzési feladatokra – igazították az intézményben az infekciókontrollt, az EESZI által kidolgozott izolációs tervben előírtak alapján megfelelő mennyiségű izolációs szobát biztosítottak az idősek szükség esetén történő elkülönítésére (gyorplusz.hu 2020h). Az országos tisztifőorvos határozata (NNK 2020a) alapján a bentlakásos otthonokban június 8-tól oldották fel részlegesen a látogatási tilalmat, ami azt jelenti, hogy a látogatás a mentálhigiénés csoport munkatársaival vagy az erre kijelölt ápolóval történő előzetes telefonos egyeztetés után és szigorú szabályok betartásával volt lehetséges (eeszi.hu 2020).

A járvány második hullámában, 2020. szeptember 8-án ismét intézmény elhagyási és látogatási tilalmat rendeltek el. Mindez egészen 2021. április 29-ig tartott, amikor védettségi igazolvány birtokában lehetségessé vált a látogatás és az intézmény elhagyása (NNK 2021a). Az intézmény elhagyására a védettségi igazolvány hiányában is volt lehetőség, amennyiben a távolmaradás meghaladta a 72 órát negatív gyorsteszt eredmény birtokában lehetett visszatérni az intézménybe. A harmadik hullám végével, 2021. július 16-án az összes korlátozó intézkedés visszavonásra került (NNK 2021b). Az intézménybe való felvétel során az éppen aktuális szabályoknak megfelelően egy negatív tesztre, izolációra, két negatív tesztre volt szükség.

Bölcsődei ellátás

Helyi intézkedés alapján 2020. március 16-tól az önkormányzati, egyházi, alapítványi fenntartású intézményekben a bölcsődei ellátás szünetelt. Ezen időszak alatt kizárólag gyermekfelügyeletet biztosított az önkormányzat azok számára, akik semmilyen formában nem tudták megoldani gyermekük felügyeletét az alábbi feltételek mentén (gyorplusz.hu, 2020a):

- a GYES-en, GYED-en lévő szülők bölcsődés korú gyermekeiket bölcsődei közösségbe nem vihetik (tekintettel arra, hogy meg tudják oldani a gyermekfelügyeletet),

- az intézmények nem fogadják azokat a gyermekeket, akik vagy akiknek szülei, vagy velük egy háztartásban élő hozzátartozójuk az elmúlt két hétben külföldön tartózkodott,
- a lázas beteg gyermek, vagy akivel közös háztartásban lázas személy él, nem jelenhet meg a bölcsődékben, amennyiben mégis megjelenik, az intézmény dolgozói a gyermek hazaküldéséről haladéktalanul intézkedhetnek.

Az önkormányzat az ellátás szervezhetősége érdekében továbbá minden szülőtől nyilatkozatot kért azzal kapcsolatban, hogy az ellátási formára az elkövetkezendő napokban tart-e igényt.

Győrben a normál működési rendben 12 bölcsőde fogadja a gyermekeket, mely bölcsődék 2020. első félévében 594 gyermek számára nyújtottak nappali ellátást. Elmondható, hogy március 16. és április 30. között átlagosan 3-12 gyermek volt bölcsődei ügyeletben, ami egy bölcsőde egy, illetve két csoportját vette igénybe. Jelentős növekedés május 11-től volt megfigyelhető, amikor már két bölcsődei intézmény 10 csoportja látta el az ügyeletet (27. táblázat).

27. táblázat: A győri bölcsődei felügyeletben lévő gyermek, illetve csoportok száma a 2020. március 16. - május 22. között

	12. hét	**13. hét**	**14. hét**	**15. hét**	**16. hét**	**17. hét**	**18. hét**	**19. hét**	**20. hét**	**21. hét**
Gyermeklétszám (fő)	12	3	4	5	6	9	12	19	39	59
Csoportszám (db)	2	1	1	1	1	2	2	4	10	14

Forrás: Saját szerkesztés a Győr MJV Polgármesteri Hivatal, Intézményfenntartói Osztály adatszolgáltatása alapján

A bölcsődei ellátás tehát ügyeleti jelleggel működött. A koronavírus-járvány miatti korlátozások enyhítésével egyre több szülő tért vissza a munkahelyére, ezért egyre nagyobb igény mutatkozott a bölcsődékre, ahol folyamatosan bővítették a felügyeleti kapacitást, ami azt jelentette a gyakorlatban, hogy az előre bejelentett gyermeklétszám függvényében, szükség szerint nyitottak meg újabb és újabb csoportokat vagy akár intézményeket, illetve növelték a felügyeletet ellátó pedagógusok létszámát (gyorplusz.hu 2020j).

A kormányrendelet szerint 2020. május 25-től Győrben is a bölcsődék a veszélyhelyzet előtti rendben működhettek tovább, az ellátást igénybe vevő gyermeklétszámot a 28. számú táblázat tartalmazza, mely az előző időszakhoz képest egy folyamatos növekedést mutat. A bölcsődék közül kettő egyáltalán nem nyitott ki, mert az intézményekben felújítás zajlott (Zöld utcai, Kassák Lajos utcai bölcsőde), valamint egy bölcsőde (Ménfőcsanaki

Bölcsőde) június 8-cal nyitotta meg kapuit a belső felújítás végeztével. A kormányrendelet alapján fontos szabály volt, hogy az intézmények nyári zárva tartásának időtartama legfeljebb két naptári hét lehetett (2020. augusztus 31-ig).

28. táblázat: A győri bölcsődékben lévő gyermek, illetve csoportok száma a 2020. május 25 – június 12. között

	22. hét	**23. hét**	**24. hét**
Gyermeklétszám (fő)	275	372	426
Csoportszám (db)	49	48	51

Forrás: Saját szerkesztés a Győr MJV Polgármesteri Hivatal, Intézményfenntartói Osztály adatszolgáltatása alapján

A második és harmadik hullám ideje alatt a bölcsődék működését nem korlátozták, így minden győri bölcsőde nyitva volt. Abban az esetben volt – ideiglenesen – részlegesen egy csoport, vagy egy pavilon zárva, amíg Covidos gyermek, illetve dolgozó volt az adott intézményben.

Család- és gyermekjóléti ellátás

Az első hullám alatt a Család- és Gyermekjóléti Központ mindegyik területi irodájában csökkentett ügyfélfogadást szerveztek, de elsődlegesen a telefonos, elektronikus kapcsolattartási formák kerültek előtérbe. A személyes ügyfélforgalmat a 29-30. táblázatok tartalmazzák. Az utcai szociális munkát biztosítani kellett, a családlátogatásokra csak krízishelyzet, súlyos veszélyeztetettség, illetve hatósági megkeresés esetén kerülhetett sor (EMMI 2020c). A gyermek vagy felnőtt krízishelyzetre irányuló jelzés, valamint a gyámhivatalokból érkező jelzés kivizsgálása kötelező volt a veszélyhelyzet ideje alatt is. Az ügyeleti időn kívül adminisztráció elvégzésére az otthoni munkavégzés is engedélyezett volt. Az óvodai- és iskolai segítők a közintézményekben, terepen nem végezhettek feladatot, a kórházi szociális tanácsadás telefonon, e-mailen történt (a folyamatos tanácsadás a kórházban szünetelt), a pszichológiai tanácsadás skype-on történt. A gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat működése változatlan volt, az ingyenesen hívható szám működött a családsegítő irodák működési idejéhez igazodva. A Sziget-Kék Közösségi Térben és a HÍD-ban tervezett csoportok, foglalkozások, programok szüneteltek. A Család- és Gyermekjóléti Központ a városban, illetve a helyi szociális ellátórendszerben betöltött meghatározó szerepét hangsúlyozza, hogy a járvány ideje alatt is a szigorú szabályok betartása mellett működött, mely működést jól mutatják a statisztikai adatok is (29-30. táblázat), melyeket két egység – az Alapszolgáltatási Csoport és a Hatósági Csoport esetében néztem meg. Az Alapszolgáltatási Csoport családsegítői a klasszikus családsegítést, valamint a gyermekvédelmi

alapszolgáltatási feladatokat végzik. A Hatósági Csoporthoz tartozó esetmenedzserek a gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó, hatósági intézkedést megelőző és követő segítő, valamint koordináló tevékenységet látják el. Megfigyelhető továbbá, hogy április hónapban 11 azonnali intézkedést igénylő ideiglenes hatályú elhelyezést kellett lefolytatni, ami azt jelenti, hogy a gyermeket azonnal ki kellett emelni a családból, mert az életét veszélyeztető körülmények álltak fenn – mindez nagyon magas szám, hiszen az éves átlag havi 1-2 intézkedés. Szintén érdekes jelenség – a járványidőszak hatásának tudható be – hogy dupla annyi rendőrségi intézkedésről érkezett jelzés a központhoz, mint általában, ezek főként családi konfliktusok, bántalmazások voltak, illetve megnövekedett a drogfogyasztó, öngyilkossági kísérletet elkövetett fiatalok száma is. Ez számokban azt jelentette, hogy 2020. március 15. és június 20. között összesen 11 rendőri intézkedésről érkezett jelzés (míg egész 2019-ben 13 intézkedés volt összesen). Továbbá 4 jelzés érkezett család- és gyermekjóléti szolgáltatótól speciális szolgáltatásnyújtáson keresztül családi konfliktusok felerősödése, bántalmazás témakörében, 6 védőnői jelzés szólt kapcsolati konfliktusról, bántalmazásról, család krízishelyzetéről, 3 lakossági bejelentés érkezett családi krízishelyzetéről, bántalmazásról. A statisztikai adatok számaiból, valamint a korábbi évekkel való összehasonlításokból arra lehet következtetni, hogy a járványidőszakkal együtt járó kijárási korlátozás, a családtagok összezártsága, a megnövekedett együtt töltött idő jóval több családi konfliktushoz, erőszakos cselekményhez vezetett.

29. táblázat: Az Alapszolgáltatási Csoport (4 területi iroda) ügyfélforgalma 2020. március-április-május hónapban

	Igénybevevő felnőtt (fő)	**Veszélyeztetett gyermek (fő)**	**Ügyfélforgalom (fő)**
2020. március	375	337	1155
2020. április	523	343	993
2020. május	524	368	1076

Forrás: Saját szerkesztés a Család- és Gyermekjóléti Központ adatai alapján

30. táblázat: A Hatósági Csoport ügyfélforgalma 2020. március-április-május hónapban

	Veszélyeztetett gyermek (fő)	**Ügyfélforgalom (fő)**
2020. március	458	617
2020. április	448	1066
2020. május	435	905

Forrás: Saját szerkesztés a Család- és Gyermekjóléti Központ adatai alapján

A járvány második és harmadik hulláma alatt a Család- és Gyermekjóléti Központ normál rend szerint működött, az ügyfélfogadást nem korlátozták. A személyes megjelenést

igénylő közösségi programok továbbra sem működhettek. Minden olyan szolgáltatás, amely egyszemélyes vagy családos megjelenést tett szükségessé, nem került korlátozásra. A kötelező jogszabályban előírt és a gyermek veszélyeztetettségét mérséklő vagy megszüntető szolgáltatásokon túl minden olyan szolgáltatást működtetett a Központ, aminek hiányában gyermek vagy család hátrányt szenvedett volna. Az alapfeladatokon túl például elvégezték a karaténba került családok számára a bevásárlást, segítették a lakosság regisztrációját az oltásra vagy éppen a kontaktkutatásban nyújtottak segítséget. Részt vállaltak továbbá az online oktatásból eltűnt gyermekek felkutatásában, segítették a közszolgáltatókkal való online ügyintézésben az ügyfeleket.

Hajléktalan-ellátás

A Hajléktalanokat Segítő Szolgálat Győr város közigazgatási területén élő hajléktalanok ellátását végzi, amelyen belül több szolgáltatás nyújtását végzi. Ezen ellátások a járványidőszak alatt 90-100%-os kihasználtsággal működtek. Mivel a Hajléktalan Otthonban zömmel idős embereket lát el az intézmény, illetve az átmeneti szállón is sok idős, beteg személy él, ezért a kifejezetten az idős, bentlakásos intézményekre vonatkozó szabályokat is alkalmazta, nemcsak a hajléktalan ellátásra vonatkozókat. 2020. március 9-től látogatási tilalom kihirdetésével egyidőben az egész intézményre kiterjesztett kijárási korlátozás lépett életbe, azzal a megkötéssel, hogy az intézmény különböző részlegein élők egymást sem látogathatták. Március 18-tól pedig részleges kijárási tilalom és felvételi zárlatot rendeltek el. Az intézmény elhagyására kizárólag indokolt esetben (munkavégzés céljából, szükséges egészségügyi vizsgálatok elvégzése érdekében), valamint különösen méltányolható helyzetben (közeli hozzátartozó halála esetén) az intézményvezető külön engedélyével volt lehetőség.

A szigorú helyi szabályok és eljárási rend értelmében az ellátottak étkezése meghatározott időpontokban, elkülönítetten, szociális munkatárs felügyelete alatt zajlott. Orvosi ellátásra csak meghatározott esetekben (vérvétel, kötözés), előre egyeztetve szintén szociális munkatárs kíséretében volt csak lehetőség. A kijárási tilalom alatt az ellátottak részére az általuk leadott igényeknek megfelelően heti két alkalommal dohánytermékek, élvezeti cikkek (lottó, édesség) megvásárlását is végezték az intézmény munkatársai. Nagyon nehéz feladatot jelentett a szenvedélybetegek intézményen belül tartása, így átmenetileg, szükség esetén mérsékelt alkoholfogyasztás is lehetséges volt ellenőrzött keretek között a Házirendtől eltérően. A hajléktalanok tekintetében a kijárási tilalmat 2020. június 8-án (NNK 2020b), a látogatási tilalmat június 18-án oldották fel (NNK 2020c).

Az intézménynél 2020. március 8. és december 31. között felvételi zárlat volt. A második és harmadik hullám alatt sem volt lehetőség az intézményen belüli mozgásra, az ellátottak étkeztetése továbbra is elkülönítetten zajlott. A háziorvos a betegeket nem a rendelőben, hanem minden részlegen az erre kialakított helyiségben vizsgálta, a pszichiáter szakorvos csak online formában „rendelt". A bentlakásos és szakosított ellátások esetében továbbra is volt kijárási és látogatási tilalom 2020. szeptember 8. és 2021. április 29. között, amikor csak munkavégzés céljából és orvosi vizsgálatokkal kapcsolatban hagyhatták el az ellátottak az intézményt. A háziorvos javaslatára az Átmeneti Szállót és az Éjjeli Menedékhelyet is lezárták 2020. november 9. – 2021. január 11. és 2021. március 8. – április 7. között, csak a fenti – már említett esetekben – hagyhatták el az ellátottak.

5.7.2 Egészségügyi pillér

2020. március 16-tól a tervezett egészségügyi ellátás csak akkor kerülhetett elvégzésre, ha arra sürgős szükség, vagyis életveszély vagy tartós egészségkárosodás elkerülése érdekében került sor (EMMI 2020b). Mindemellett szükséges volt a betegellátás átszervezése olyan módon, hogy közvetlenül a betegellátásban csak a 65 év alattiak vehettek részt, ez Győrben azt jelentette, hogy házi gyermekorvosok közül 9 fő, felnőtt háziorvosok közül 10 fő nem vehetett részt a betegek személyes ellátásában, csupán a telemedicina nyújtotta lehetőségeken keresztül. A fertőzésveszély elkerülése érdekében a jogszabályváltozások által biztosított, alábbi „új" lehetőségek kaptak kiemelt hangsúlyt a betegellátásban:

- telefonos COVID-19 fertőzés gyanújának értékelése,
- telefonos távkonzultáció,
- e-recept felírás.

A felnőtt háziorvosi, illetve házi gyermekorvosi ellátások esetében a betegnek először telefonon volt szükséges egyeztetni, és ha a háziorvos szükségesnek tartotta, akkor szabadott csak személyesen orvosi vizsgálatra jelentkezni a rendelőben. A távkonzultáció került előtérbe, ami az esetek 90%-ban elégségesnek is bizonyult Győrben (gyorplusz.hu 2020d). Nagy könnyebbséget jelentett az alapellátásában, hogy a veszélyhelyzet idején a gyógyszereket felírási igazolás nélkül, e-recept formájában is ki lehetett váltani. A beteg gyógyszerét bárki kiválthatta, aki a beteg TAJ számát közölte és magát hitelt érdemlően igazolta[78].

[78] 8/2020. (II.12.) Korm. rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet módosításáról

A védőnői ellátás szintén a veszélyhelyzetre meghirdetett protokoll szerint működhetett, alapelvként jelent meg itt is a személyes találkozások mellőzése, erre csak kiemelt esetben volt lehetőség (újszülött, gyermekágyas, veszélyeztetett személy esetében). Ennek megfelelően a védőnők a kapcsolattartási formák közül a gyakorlatban előnyben részesítették az elektronikus formákat, így a telefonos, e-mail-es, chat-es, videóhívásos és skype-os formákat. A várandós gondozásban viszont az előírt, személyes találkozási alkalmakat be kellett tartani (EMMI 2020a).

A fogorvosi alapellátás keretében a veszélyhelyzet ideje alatt csak sürgősségi ellátást lehetett nyújtani 2020. március 15. után. Az EESZI keretében megszervezett fogorvosi ügyelet működött a járvány első hullámának időszaka alatt is, de itt is csak sürgősségi ellátás nyújtására volt lehetőség.

A gyermek és felnőtt háziorvosi ügyeletek szintén úgy működhettek, hogy előzetesen telefonos egyeztetésre volt szükség, utána volt lehetőség sürgős esetben felkeresni személyesen az ügyeletes orvost. Az ügyelet járványidőszak alatti betegforgalmát az alábbi 31. számú táblázat mutatja, melyből megállapítható, hogy a 2019-es év ugyanazon hónapjaival összehasonlítva jelentős csökkenés figyelhető meg.

31. táblázat: Betegforgalom a Győri Háziorvosi Ügyeleten 2019 és 2020. március-június hónapokban

	2019		**2020**	
	Felnőtt (fő)	**Gyermek (fő)**	**Felnőtt (fő)**	**Gyermek (fő)**
március	716	750	550	511
április	736	634	285	103
május	582	551	321	82
június	780	856	324	181

Forrás: Saját szerkesztés a Győri Háziorvosok Ügyelete Nonprofit Kft. adatszolgáltatása alapján

A második és harmadik hullám alatt a fogorvosi ellátás folyamatosan működött, a felnőtt háziorvosi és a házi gyermekorvosi ellátás elsősorban telefonos formában történt, de előre egyeztetett időpontban a személyes megjelenés is lehetséges volt. A védőnők a telefonos és infokommunikációs kapcsolattartási formákat részesítették előnyben, de előre egyeztetett időpontban a személyes találkozás is lehetséges, egyes esetekben kötelező volt.

Az egészségügyi alapellátási feladatokon túl az első hullám időtartama alatt további feladatokban is nagy szerepet vállalt a város önkormányzata. Dr. Dézsi Csaba András polgármester és Dr. Tamás László János kórház korábbi főorvos főigazgatójának kezdeményezésére *ingyenesen hívható zöld számot* (+36 80 180 099) hoztak létre Győrben,

mely telefonszámot az egészségi állapotukkal kapcsolatban bizonytalan győriek hívhattak fel telefonon, és kérhettek segítséget az esetleges teendőkről (gyor.hu 2020b). A zöldszám működtetéséhez a város 5 készüléket bocsájtott rendelkezésre, melyek a nap 24 órájában hívhatóak voltak. A vonal végén 4 órás váltásban tapasztalt kórházi orvosok látták el információkkal, tanácsokkal a telefonon érdeklődőket (gyorplusz.hu 2020e). A március 19-től működő vonal az egészségügyi intézményeket és dolgozókat is hivatott tehermentesíteni. Március 26-tól pedig egy újabb zöld számot (+36 80 180 130) is hívhattak a győri szülők, ahol a vonal túlsó végén szintén a nap 24 órájában dr. Muzsay Géza vezetésével gyermekorvosok várták a hívásokat a koronavírus járvánnyal kapcsolatos kérdésekben (gyorplusz.hu 2020f). A felnőttek számára létrehozott zöld számot (működése alatt) 658 fő hívta, míg a gyermekes szülők számára létrehozott zöld számot 56 fő.

A helyi szereplők összefogásának eredményeképpen március 23-án *járványügyi megfigyelőközpont* nyílt a Széchenyi István Egyetem egyik kollégiumi épületében. A létrehozott egészségügyi intézmény célja a kórházi ellátást nem igénylő korona-vírus gyanús esetek izolálása és az igazolt esetek megfigyelése volt a Petz-kórház Infektológiai Osztályának területi ellátási kötelezettséggel érintett területeiről (gyorplusz.hu 2020b). Az kerülhetett a megfigyelő központba, akinél koronavírus-gyanú merült fel, 65 év alatti és nincsenek súlyos tünetei. A központ folyamatos orvosi ellátást biztosított 24 órában egy orvos, négy szakdolgozó, egy adminisztrátor közreműködésével, egészen május 14. este 8 óráig.

A kórház alapítványa 12 millió forintért a wuhani koronavírus kimutatására alkalmas molekuláris genetikai vizsgáló berendezést vásárolt, az önkormányzat pedig *16 millió forintos támogatás*t adott, ami 2000 tesztcsík beszerzésére adott lehetőséget, amihez a kórház még 1000 darabot vásárolt. Szintén május elején az Állami Egészségügyi Ellátó Központ révén egy még nagyobb kapacitású gép érkezett Győrbe. A gépek segítségével helyben is el tudták végezni a teszteket és nem kellett Budapestre küldeni, valamint lehetővé vált a győri szociális ellátásban dolgozók szűrése is (gyorplusz.hu 2020i).

Pár nappal a veszélyhelyzet kihirdetése után, március 20-án szintén a helyi összefogás eredményeképpen a győri polgármester létrehozta a *Győri Segélyalap*ot a koronavírus elleni győri küzdelem segítésére, melyre maga Dr. Dézsi Csaba András fizetett be elsőként 500 000 forintot (gyorplusz.hu 2020c). A közérdekű kötelezettségvállalás jegyében egy új számlát nyitottak meg e célra, mely azért is volt kedvező, hiszen a gazdasági szervezetek támogatása ezáltal adóalap csökkentő tétel. Az alapba 2020. június 25–ig 164 alkalommal érkezett

befizetés, összesen közel 54 millió forint értékben. A legkisebb befizetett összeg 1 000 forint volt, míg a legnagyobb 20 millió forint. A Győri Segélyalapba beérkezett támogatások legnagyobb része a védekezéshez szükséges eszközök, ruházat beszerzését szolgálta, nagyban segítve ezáltal a Petz Lajos Megyei Oktatókórház munkáját, továbbá két alkalommal gyorsteszteket vásároltak a kórháznak, továbbá 100 győri családnak tartós élelmiszercsomagot vásároltak és osztottak ki. A csomag tartalmát tekintve lisztet, tejet, olajat, tésztát, cukrot, rizst, burgonyát (kizárólag magyar termékeket) tartalmazott, melyeket egy magyar kereskedelmi egységtől vásároltak meg, aki egyúttal a vásárlás értékével támogatta a Segélyalapot. A támogatott családokat a Polgármesteri Hivatal Népjóléti Osztályának szakemberei, illetve a Roma Nemzetiségi Önkormányzat javaslatai alapján választották ki. Számos esetben az önkormányzat a polgármesteri főbiztos irányításával koordináló, közvetítő szerepet töltött be abban, hogy a felajánlások a megfelelő helyre kerüljenek. Így talált gazdát 5 tablet, mely elsősorban a diákok otthoni digitális oktatásban való részvételét segítette. Az önkormányzathoz érkezett tárgyi támogatások palettája nagyon sokszínű volt – méz, több száz kg gyümölcs, 20 ezer db csokoládé, tisztítószerek, kézfertőtlenítők, homok a játszótéri, intézményi homokozók homokcseréjéhez, melyek a városi intézményekhez kerültek. Az Segélyalap és az Alcufer Kft. jóvoltából 10 000 FFP2-es védőmaszkot kapott a kórház, a Kardirex Egészségügyi Központ Győr felajánlásának köszönhetően pedig 1 000 db maszkot kaptak győri buszsofőrök.

Míg Magyarország Kormánya a koronavírus járvány idején tanúsított helytállásukért jutalmazta az egészségügyi dolgozókat az első hullám lezajlása után, addig Győr város polgármestere önkormányzati forrásból jutalmat adott át azon szociális dolgozóknak, akik nap mint nap közvetlenül gondoskodtak az ellátottakról. 110 ezer forintos jutalmat kapott az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény 230, míg a Hajléktalanokat Segítő Szolgálat 41 munkatársa és igazgatója (gyorplusz.hu 2020l).

5.7.3 Lakásügyi pillér

A 2020. március 11-én kihirdetett veszélyhelyzetre tekintettel az önkormányzati tulajdonú lakások és helyiségek tekintetében a polgármester két ízben is hozott helyi intézkedéseket. Az intézkedések első csomagja[79] 2020. április 1-jén lépett hatályba és az alábbiakat tartalmazta:

[79] 7/2020. (IV.1.) GYMJVÖ. rendelet egyes önkormányzati rendeleteknek a humánjárvány gazdasági következményeinek kezelése érdekében szükséges módosításáról

- a szociális lakás bérlőjét 2020. április 1 – augusztus 30. között díjfizetési kötelezettség nem terheli (amennyiben a veszélyhelyzet előbb megszűnik, akkor a korábbi időpontig nincs díjfizetési kötelezettség),
- az élelmiszert, az illatszert, a drogériai terméket árusító vagy a sorsolásos játék, fogadások, távszerencsejáték és lottójáték értékesítésével foglalkozó üzlet, a banki, biztosítási vagy pénzügyi szolgáltatás nyújtására használt helyiség, továbbá a gyógyszertár, a gyógyászati segédeszközt forgalmazó üzlet és a dohánybolt kivételével az árusításra vagy szolgáltatás nyújtására használt, önkormányzati tulajdonban álló helyiség bérlője a megkötött bérleti szerződésben meghatározott bérleti díj 50%-át fizeti bérbeadónak 2020. április 1-jétől 2020. augusztus 31-ig (illetve ha korábban megszűnik, a veszélyhelyzet kihirdetéséig).

A második intézkedési csomag[80] 2020. április 30-án lépett hatályba az alábbi, lakásgazdálkodást is érintő rendelkezéssel:

- bármely jogcímen biztosított önkormányzati lakás (kivéve a korábban már szabályozott szociális lakás) bérlője 2020. május 1 – augusztus 31. között (vagy ha veszélyhelyzet előbb megszűnik, a veszélyhelyzet megszűnéséig) a havonta fizetendő bérleti díj 50%-át köteles fizetni bérleti díjként.

Az utóbbi intézkedési csomag révén tehát a lakbérkedvezménnyel érintett bérlők körét kiszélesítette a polgármester, ugyanis a szociális kategória bérleti díjfizetés átmeneti felfüggesztésén túl jelentős engedményt tett a többi önkormányzati lakáskategória (előzetes regisztrációs, felújításos, mozgáskorlátozott lakások, előtakarékos lakások, átmeneti elhelyezés, piaci vagy költségelvű pályázat során elnyert lakások, nyugdíjasházak) tekintetében is.

A veszélyhelyzet 2020. június 17-én éjfélkor való megszűnésével a győri intézkedések, könnyítések is hatályukat vesztették, így a bérleti díjak visszaálltak a régi rend szerint és június 18-tól ismét teljes árat kell fizetni az önkormányzati tulajdonú bérlakásokért és szociális bérlakásokért, valamint az önkormányzati tulajdonú üzlethelyiségekért (gyorplusz.hu 2020l). A második és harmadik hullám alatt a lakásügyi szektort érintő intézkedések nem születtek.

[80] 15/2020. (IV.30.) GYMJVÖ. rendelet az önkormányzati tulajdonú bérlakások veszélyhelyzetre tekintettel meghatározott bérleti díjáról

5.7.4 Egészséges Városok Program pillér

Az Egészséges Városok Program tekintetében a veszélyhelyzet a járvány első hulláma alatt a teljes leállást hozta magával, többek között EVP keretében intézményesült formában működő fórumok (EVP Projekt Irányító Bizottság, Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, Idősügyi Tanács) esetében.. A Kormány rendelkezései alapján az EVP keretein belül szervezett programok megtartására sem volt lehetőség, ez a gyakorlatban a következőket jelentette:

- elmaradt az *Egészség-Piac* lakossági egészségmegőrző programsorozat minden helyszínen (a 12 lekötött helyszínből 6 vállalta, hogy későbbi időpontban megszervezi az eseményt, illetve egy új helyszín vállalta az esemény megszervezését),
- a Beszélgető Hálózat havi találkozói leálltak,
- a Senior örömtánc nem működött,
- a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum 2020-as évre vonatkozó munkatervében számos program támogatása szerepelt, melyek nagy részét áthelyezték, csupán pár program maradt el.

A járvány második és harmadik hullámában – bár minimális alkalommal – de már működött az Idősügyi Tanács és a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Az EVP által szervezett programok közül az alábbiakat sikerült megvalósítani:

- az Egészség-Piac program helyett a győri vásárcsarnoknál három alkalommal Egészség-Placc programot szerveztek a könyvtárban (szűrővizsgálatok, tanácsadás, előadás),
- két modulban lezajlott (2020. ősz és 2021. tavasz) a diákrelaxációs képzés,
- az Egészségfejlesztési Irodával közösen újraélesztési bemutatót tartottak a világbajnokságon történek kapcsán,
- 2020. év őszén elkészültek a Nemzedékek kertje magas ágyásai a Tárogató óvodában, amelyet tavasszal beültettek az óvodások,
- jelenleg is zajlik Győr Város Egészségfejlesztési Tervének, illetve az ehhez kapcsolódó Egészségképnek az elkészítése,
- 2020. év végén elkészült Győr város Drogstratégiája (2021-2025) és 2021. tavasszal pedig a hozzá kapcsolódó 3 éves cselekvési terv,
- a Beszélgető Hálózat havi rendszerességgel nem működött (vannak, akik járnak beszélgetni, de havi összejövetel nincs),
- a Gyalogló Klubok kisebb létszámmal működtek,

- elindult az Egészséges Győrért elnevezésű facebook oldal, hogy a személyes találkozások hiányában ilyen formában tudjanak egészséggel kapcsolatos információkat eljuttatni a városban lakókhoz.

5.7.5 Összegzés

Győr város egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell négy pillérjének veszélyhelyzet alatti működésének vizsgálata alapján alapvetően megállapítható, hogy számos többletfeladatot kellett ellátnia a szociális területnek, az idősellátásnak például 70 év feletti idősek ellátása révén, a szociális ágazaton belül a többi terület szigorú szabályok és a megváltozott feladathoz alkalmazkodó feltételek mentén korlátozott formában működhettek. Az egészségügyi alapellátás szintén nagy kihívás előtt állt, hiszen a korábbi személyes ellátás helyett most a telemedicina kínálta alternatívákat kellett igénybe venni és biztosítani a betegek ellátását ilyen módon. A tapasztalat azt mutatja, hogy a veszélyhelyzet alatti működés olyan jó gyakorlatokat is hozott magával, melyet a későbbiekben érdemes beépíteni az egészségügyi alapellátás napi rutinjába is. A lakásügyi pillér tekintetében a meghozott helyi döntések az önkormányzati bérlakásban lakókat hivatottak segíteni a veszélyhelyzet ideje alatt, az Egészséges Városok Program, mint az önkormányzat önként vállalt feladata, nem tudta ellátni a 2020-as évre kitűzött célokat, hiszen a program által kínált szolgáltatások, kezdeményezések nagy többsége személyes jelenlétet igénylő esemény, program.

A fejezethez szorosan kapcsolódik a disszertációban megfogalmazott hipotézis (H6), mely szerint *„a koronovírus-járvány a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes elemeit új kihívások elé állította, melyek megoldásában a governance típusú együttműködések voltak megfigyelhetők”*. A győri modell négy pillérjének veszélyhelyzet alatti működésének elemzése után megállapíthatjuk, hogy a járvány valóban új kihívásokat jelentett Győrben is a humán közszolgáltatások ellátása során, valamint gyors és rugalmas megoldásokat követelt az önkormányzattól. Azonban a gyakorlatban az új típusú válaszok, eddigiektől eltérő feladat-ellátás során a győri önkormányzat szinte teljes egészében a saját intézményrendszerére támaszkodott, governance típusú együttműködések nyomait csupán egy-egy területen fedezhettük fel. Utóbbi közé sorolnám a Győri Segélyalap létrehozását és működtetését, melybe gazdasági szereplők, magánszemélyek, egyesületek és önkormányzati tulajdonú intézmények fizette be felajánlásokat és mindezt az önkormányzat koordinálta, fogta össze. Másik példa lehet a Misszió Mentő bekapcsolódása az idősek önkormányzat által szervezet ellátásába. Ezeken kívül külsős, önkormányzaton kívüli civil szereplők több területen is nyújtottak segítséget például az időseknek, de ezek a kezdeményezések magán, illetve civil alapon működtek, nem az önkormányzat koordinálásában. Mindezek alapján a H6

hipotézis állítása részben került elfogadásra, ugyanis governance típusú együttműködésre a járvány idején csupán egy-egy példa erejéig beszélhetünk, valamint ezek nem jellemezték a modell minden pillérjét.

5.8 Az empirikus fejezetekhez kapcsolódó hipotézisek

A H1 hipotézis az alábbiakat fogalmazta meg: *„Magyarországon 2010 után a közszolgáltatások nyújtásában jelentősen nőtt az állami szerepvállalás, mely folyamat nem ösztönözte a governance típusú együttműködések kialakulását”.* Mivel e hipotézis alátámasztását több elméleti, illetve empirikus fejezetben fejtettem ki, ezért itt egy helyen, összegezve értékelem. Egyrészt a 2007-2008-as pénzügyi és gazdasági válságra adott válaszok, másrészt a Magyarországon megjelenő erős nemzetállami felfogás, harmadrészt a piac szolgáltatás-szervezési megoldásaival szembeni kritika, negyedrészt a közigazgatásban több lépésben való koncentrációja egy sajátos fejlődési utat eredményezett a közszolgáltatások szervezési gyakorlatát tekintve. E sajátos utat jellemezte az államigazgatás növekvő gazdasági szerepvállalása, vagyis a korábban nem állami szereplőknek kiszervezett feladatok visszavétele, valamint a civil törvény alternatív feladatellátást nem ösztönző új szabályai. Mindezek már elvi szinten is ellentétesek a governance fogalmi elemeivel. Az országos folyamatok ellenére azonban a győri modellben a korábbi governance jegyeket mutató gyakorlatok nem változtak, sőt erősödtek, hiszen inkább további ilyen típusú együttműködéseket alakítottak ki. Mindebből kiindulva az empirikus helyi vizsgálatok alapján csupán részben került elfogadásra a hipotézis. Részben, egyrészt, mert az országos általános folyamatokat figyelembe véve általános jellemző, hogy azok nem ösztönözték a governance típusú együttműködéseket, másrészt viszont helyi szinten, a győri modell esetében nem jellemezőek az országos folyamatok és továbbéltek, létrejöttek új governance típusú együttműködések.

Az empirikus rész több elméleti fejezetéhez is kapcsolódik a megfogalmazott H4 hipotézisem, mely alapján *„az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében erőteljesen megjelennek a governance típusú együttműködések”* A több pillérhez való kapcsolódás miatt ezt nem külön-külön az alfejezetek végén, hanem összefoglalva egy helyen elemzem. Fontos kiemelni, hogy a governance típusú együttműködések nyomait, példáit minden vizsgált humánszolgáltatási pillér tekintetében megtalálhatjuk, eltérő sajátosságokkal. A *szociális pillér* esetében a civilekkel, egyházakkal való együttműködés fontos fórumaként a Szociálpolitikai Kerekasztalt szükséges megemlíteni, valamint az önkormányzati szociális feladatellátásnak azon elemét, hogy a jogszabály által előírt kötelező, illetve önként vállalt feladatainak egy részét hagyományosan ellátási szerződés keretében civil

szereplőkkel látja el. Az *egészségügyi pillér*, vagyis az egészségügyi alapellátás egy sajátos terület a szereplői kört tekintve. Ugyanis az önkormányzat alkotja a szabályozási keretet, egy önkormányzati intézmény, az Egyesített Szociális és Egészségügyi Intézmény Győr látja el a központi, szakmai koordinációs feladatot az egészségügyi ellátás feladatai felett és magát a szolgáltatást vállalkozóként, a gazdasági szféra szereplőjeként nyújtják a felnőtt háziorvosok, a házi gyermekorvosok, valamint a fogorvosok, továbbá egészségügyi szolgáltatási jogviszony keretében a védőnők. A háziorvosi ügyelet hátterét a nonprofit szektorhoz tartozó szereplő, a Győri Háziorvosok Ügyelete Nonprofit Kft. látja el. A *lakásügyi pillér* esetében a feladat jellegéből kifolyólag kevésbé beszélhetünk governance típusú együttműködésekről, azonban ha a lakásügyi pillért érintő szociális városrehabilitációs törekvéseket vesszük górcső alá, máris felfedezhetjük a szóban forgó együttműködések jó gyakorlatait. A győri egészségügyi és szolgáltatásszervezési modell összes pillérjét tekintve a *WHO Egészséges Városok Program pillér* esetében beszélhetünk a számos szektorból, területről érkező szereplők szisztematikus együttműködéséről. Az EVP program keretein belül több intézményesült formában működő együttműködési platform van a városban, így az Egészséges Városok Projekt Irányító Bizottság, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, Győr Város Közlekedésbiztonsági Bizottsága, vagy éppen az Idősügyi Tanács. A fenti kiemelt példák alapján elmondható, hogy a H4 hipotézis elfogadásra került. E hipotézissel összefüggésben az empirikus eredmények alapján meghatároztam a Győr-specifikus governance fogalom legfontosabb elemeit, melyek a következők:

- a győri governance típusú együttműködésekben egy közszereplő, az önkormányzat tölti be a meghatározó – irányító, vezető szerepet,
- az együttműködésekben civil szervezetek, egyházak vesznek részt, a gazdasági szereplők részvétele nem jellemző (kivételt jelentenek az országos trendeknek, jogszabályváltozásoknak megfelelően, a funkcionális privatizáció keretében megjelenő „vállalkozó” felnőtt háziorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosok),
- az együttműködésekben részt vevő külsős, nem közszférában tevékenykedő szereplők többnyire az önkormányzati feladatellátásban vesznek részt,
- a WHO Egészséges Városok Program pillér sajátja, hogy már alapelvi szinten is törekszik a multiszektoriális együttműködésekre, ezen a területen a legjellemzőbbek a governance típusú együttműködések.

VI. Összegzés, hipotézisek értékelése

A disszertációban a megalapozó elméleti szakirodalom feldolgozása után az empirikus fejezetekben bemutattam Győr város egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modelljének négy pillérjét – a szociális, az egészségügyi alapellátási, a lakásügyi és a WHO Egészséges Városok Program pillérek tekintetében. Az egymáshoz szorosan kapcsolódó négy terület és a kereteik között ellátott feladatok összessége egy modellként írható le. De mi is jellemzi e győri modellt, melyek azon sajátos vonások, melyek megkülönböztetik más településektől. E kérdés megválaszolásában segítségemre voltak az empirikus vizsgálatok eredményei, valamint az interjúk során kapott, a gyakorlatot jól tükröző válaszok. Bár a jogszabály minden települési önkormányzat számára a kötelező feladatok kereteit egyformán határozza meg, Győrben mindvégig megkeresték azokat a lehetőségeket, melyek a jogszabályi lehetőségeken *túlmutató,* azokat *kiegészítő szolgáltatások* megvalósítását jelentették. A győri modell fontos eleme továbbá a *szükségletekre, igényekre való gyors és rugalmas reagálás*. A szolgáltatási struktúra meghatározó jellemzője, hogy a *szolgáltatások egymással „kommunikálnak" és egymást kiegészítik*, melyhez szorosan kapcsolódik a vizsgált szakterületek *rendszerszemlélete*. Mindvégig egy *innovációbarát környezet*be beágyazva működtek, működnek a vizsgált szakterületek, melynek eredményeképpen számos innovatív megoldás született főként a szociális pillérhez kapcsolódva. Rendkívül meghatározó az önkormányzat szerepe, aki az adott szakterület iránt *helyi felelősség*et érezve mindvégig a szakmai munkát támogató és nyitott szereplőként van jelen, mint fenntartó. Mindez nem működne a *folyamatos és stabil politikai támogatás* nélkül. Ugyanígy hangsúlyos sajátosság a *pénzügyi feltételek biztosításában megjelenő stabilitás, kiszámíthatóság és állandóság*. Az egész győri modell mozgatórúgója – ahogy az interjúalanyok mindegyike is megerősítette – az sokrétű, többirányú és többszereplős *együttműködés* (önkormányzat – civil szereplők, egyházak; önkormányzat – egyetem, önkormányzat – fenntartott szakmai intézmények; különböző ágazatok vonatkozásában).

6.1 Hipotézisek értékelése

Az értekezés empirikus kutatási részével foglalkozó fejezeteiben kibontásra és elemzésre kerültek a megfogalmazott hipotézisekhez kapcsolódó tématerületek, melyek értékelése során valamennyi hipotézist sikerült elfogadni, illetve elvetni.

32. táblázat: Hipotézisek tesztelése

H1: Magyarországon 2010 után a közszolgáltatások nyújtásában jelentősen nőtt az állami szerepvállalás, mely folyamat nem ösztönözte a governance típusú együttműködések kialakulását.	**Részben elfogadva**
H2: Az új önkormányzati törvény nyomán életbe lépő állam és önkormányzat közötti feladatmegosztás jelentősen átalakította a szociális szolgáltatások szervezését, tervezési rendszerét.	**Részben elfogadva**
H3: Győrben az állami és önkormányzati feladatmegosztás változásaival párhuzamosan a szociálpolitika területén a stratégiai célkitűzések nem változtak jelentősen.	**Elfogadva**
H4: Az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében erőteljesen megjelennek a governance típusú együttműködések.	**Elfogadva**
H5: Az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében a komplex területi szociális problémákat governance típusú együttműködésekkel kezelik.	**Elfogadva**
H6: A koronavírus-járvány a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes elemeit új kihívások elé állította, melyek megoldásában governance típusú együttműködések voltak megfigyelhetők.	**Részben elfogadva**

Forrás: saját szerkesztés

A hipotézisek tesztelését követően az alábbi táblázatban részletezett 6 tézist fogalmaztam meg. A tézisek egyben választ is adnak a disszertáció bevezetésében megfogalmazott kutatási kérdésekre is.

33. táblázat: Hipotézisek és tézisek rendszere

Hipotézisek	Tézisek
H1: Magyarországon 2010 után a közszolgáltatások nyújtásában jelentősen nőtt az állami szerepvállalás, mely folyamat nem ösztönözte a governance típusú együttműködések kialakulását.	**Míg 2010 után az országos szinten lezajlott folyamatok nem ösztönözték a governance típusú együttműködéseket, addig a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellben nemcsak megmaradtak a korábbiak, hanem további új governance típusú együttműködések jöttek létre.**
H2: Az új önkormányzati törvény nyomán életbe lépő állam és önkormányzat közötti feladatmegosztás jelentősen átalakította a szociális szolgáltatások szervezését, tervezési rendszerét.	**Az új önkormányzati törvény nyomán életbe lépő állam és önkormányzat közötti feladatmegosztás a szociális szolgáltatások egyes részterületeit érintette.**
H3: Győrben az állami és önkormányzati feladatmegosztás változásaival párhuzamosan a szociálpolitika területén a stratégiai célkitűzések nem változtak jelentősen.	**Győrben az állami és önkormányzati feladatmegosztás változásaival párhuzamosan a szociálpolitika területén a stratégiai célkitűzések viszonylagos állandóságot mutattak, illetve a változó környezethez igazodva új elemekkel egészültek ki.**
H4: Az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljében erőteljesen megjelennek a governance típusú együttműködések.	**Az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljének minden pillérjénél megjelennek a governance típusú együttműködések, a leghangsúlyosabban és legerőteljesebben a WHO Egészséges Városok Program pillér esetében.**
H5: Az egészségügyi és szociális	**Az Újvárosi szociális**

szolgáltatásszervezés győri modelljében a komplex területi szociális problémákat governance típusú együttműködésekkel kezelik.	**városrehabilitáció első és második ütemének elemzése alátámasztotta, hogy egy komplex területi szociális problémákkal küszködő városrészben a governance típusú együttműködések hangsúlyosan jelentek meg a problémák kezelése során.**
H6: A koronavírus-járvány a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egyes elemeit új kihívások elé állította, melyek megoldásában governance típusú együttműködések voltak megfigyelhetők.	**A koronavírus-járvány idején a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egy-egy eleménél minimálisan voltak megfigyelhetők governance típusú együttműködések.**

6.2 Következtetések, új tudományos eredmények

Disszertációm kitűzött célja, hogy feltárja a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell sajátosságait és következtetéseket fogalmazzon meg a modell működésével kapcsolatban. Az értekezésben részletesen bemutatott empirikus kutatást megelőzően széles elméleti kontextusba helyeztem a vizsgált témakört. Részletesen ismertettem a közszolgáltatások fogalmi elemeit, a közszolgáltatások szervezésének nemzetközi tendenciát és a magyar folyamatokat is. Részleteiben vizsgáltam továbbá a humán szolgáltatások sajátosságait is. Az empirikus kutatások során a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell négy pillérjét vizsgáltam, feltárva a helyi sajátosságokat, jó gyakorlatokat.

Az alábbiakban összefoglalom azokat az új, illetve újszerű tudományos eredményeket, melyeket az elvégzett szakirodalmi feldolgozás és empirikus kutatás során fogalmaztam meg:

1. Az elméleti, illetve empirikus kutatás során bizonyítottam, hogy míg 2010 után az országos szinten lezajlott folyamatok nem ösztönözték a governance típusú együttműködéseket, addig a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellben nem csak megmaradtak a korábbiak, hanem további új governance típusú együttműködések jöttek.

2. Az empirikus kutatások első részében a egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell szociális pillérjét vizsgálva kiderült, hogy az új önkormányzati törvény nyomán életbe lépő állam és önkormányzat közötti feladatmegosztás a szociális szolgáltatások csupán egyes részterületeit érintette.

3. Az empirikus kutatások során a szociális pillérrel kapcsolatos dokumentumelemzés révén igazoltam, hogy Győrben az állami és önkormányzati feladatmegosztás változásaival párhuzamosan a szociálpolitika területén a stratégiai célkitűzések viszonylagos állandóságot mutattak, illetve a változó környezethez igazodva új elemekkel egészültek ki.

4. Az empirikus kutatás fejezeteiben a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell működését vizsgálva kijelenthető, hogy a egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés győri modelljének minden pillérjénél megjelennek a governance típusú együttműködések, a leghangsúlyosabban és legerőteljesebben a WHO Egészséges Városok Program pillér esetében.

5. Az empirikus kutatás negyedik részében az Újvárosi szociális városrehabilitáció első és második ütemének elemzése alátámasztotta, hogy egy komplex területi szociális problémákkal küszködő városrészben a governance típusú együttműködések hangsúlyosan jelentek meg a problémák kezelése során.

6. Az empirikus kutatás hetedik részében a koronavírus-járvány helyi hatásait elemzése nyomán kijelenthető, hogy a koronavírus-járvány idején a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell egy-egy eleménél minimálisan voltak megfigyelhetők governance típusú együttműködések.

A kutatás jövőbeli lehetséges irányai

A kutatás, a szakirodalmi feldolgozás és adatgyűjtés közben több új kutatási irányt is megfogalmaztam, melyeket az alábbiakban ismertetek:

- Érdemes lenne a pénzügyi dimenziót is részletesen vizsgálni az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell tekintetében, mely szintén átfogó képet adhat a modell működéséről, sajátosságairól, megvizsgálva az egyes pillérekhez tartozó

feladatok ellátásának alapjául szolgáló állami, önkormányzati, európai uniós források nagyságrendjét, változásait, alakulását a vizsgált időszak tekintetében.

- A jövőben a kutatás szociális pillérrel foglalkozó része kiterjeszthető lenne az önkormányzat pénzbeli és természetbeni támogatásainak, azaz a szociális segélyezésnek a vizsgálatára is, hiszen e területen is történek kardinális változások 2010 után, melyeket csupán egy-egy ponton érintettem a disszertációban.
- Szintén új kutatási irányt jelenthet a győri egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modellen belül a civilekkel, egyházakkal való együttműködési rendszerek részleteiben, alapjaiban való elemzése, a helyi sajátosságok feltárása.
- Egy későbbi kutatási fázisban új kutatási területet jelenthet más magyar megyei jogú városok által ellátott egészségügyi és szociális feladatok vizsgálata, összehasonlító vizsgálatok elvégzése, valamint további hasonló méretű, nem magyarországi városokkal való összehasonlító elemzés elkészítése.
- Míg a disszertáció részletesen foglalkozott a győri idősek számára nyújtott szolgáltatásokkal az egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezési modell keretein belül, addig érdekes kutatási téma lehet a családok számára kínált szolgáltatások, feladatok rendszerének vizsgálata, főként a Család- és Gyermekjóléti Központ működésének elemzése révén.

Irodalomjegyzék

1. Felhasznált szakirodalom

Almquist, Roland – Grossi, Giuseppe – Helden, G. Jan van – Reichard, Christoph (2012): Public sector governance and accountability, *Critical Perspectives on Accounting*, Volume 24, Issue 7-8, 479-487.

Anuradha, Balaram (2000): Weberian Model of Bureaucracy: The Best Fit/Misfit for Development Administration. *Indian Journal of Public Administration*, Volume 46, Issue 2, 153-158.

Atkinson, Rob (2003): Addressing urban social exclusion through community involvement in urban regeneration. Imrie, Rob – Raco, Mike (ed.): *Urban renaissance? New labour, community and urban policy.* Bristol, The Policy Press. 101-120.

Barta Attila (2014): Intézményi szociális szolgáltatások. Horváth M. Tamás (szerk.): *Gyűrűk és sugarak. Mit nyújt egy magyar város?* Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 137-152.

Berényi Sándor (2003): Az európai közigazgatási rendszerek intézményei. (Autonómiák és önkormányzatok). Rejtjel Kiadó, Budapest.

Bertalan Imre (2014): A gyermekvédelem lokális rendszerének kapcsolat-hálózati szempontú megközelítése. In: Horváth M. T. (szerk.): *Gyűrűk és sugarak. Mit nyújt egy magyar város?* Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 321-341.

Bevir, Mark – Rhodes, Roderic Arthur William – Weller, Patrick (2003):Traditions of governance: interpreting the changing role of the public sector. *Public Administration*, Volume 81, Issue 1, 1-17.

Boda Zsolt (2006): *A kormányzás jelentésváltozása a globalizáció korában: a governance-koncepció.* A XII. Politológus Vándorgyűlésen elhangzott előadás. Noszvaj http://politologia.ektf.hu/polvgy2006/eloadasok/boda_zsolt.doc Letöltve: 2015.01.23.

Bói Krisztina – Erdélyi Tamás – Goldmann Róbert – Haraszti Adrienn – Seres Györgyi (2009): A szociális szolgáltatástervezési koncepció készítésének gyakorlata a megyei önkormányzatoknál, *Kapocs*, 8. évfolyam, 2. szám

Budai István – Puli Edit (2014): Az együttműködés vizsgálata a szociális szolgáltatásokban. Az altéma-kutatás eredményeinek összegzése. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.):

A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 272-290.

Budai István (2014): Az együttműködés mint a szociális szolgáltatásokban folyó tevékenység egyik építőköve. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 230-244.

Bugarszki Zsolt (2014): A magyarországi szociális munka válsága. *Esély*, 16. évfolyam, 3. szám, 64-73.

Bugovics Zoltán (2014): A győri identitás háttértényezőinek vizsgálata. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 100-115.

Byrkjeflot, Haldor – du Gay, Paul – Greve, Carsten (2017): What is the 'Neo-Weberian State' as a Regime of Public Administration? In: Ongaro, Edoardo – Sandra, Van Thiel (ed.): *The Palgrave Handbook of Public Administration and Management in Europe*, Palgrave Macmillan, Cham, 991-1009.

Czakó Katalin – Dőry Tibor (2016): A területi tőke koncepciója és a városi vállalkozáskutatás. *Tér és társadalom*. 30. évf. 1. sz. 18-36.

Czakó Katalin – Hajdu-Smahó Melinda (2014): Vállalati nyitottság vizsgálata a Győri Járműipari Körzet területi tőkéjében. Lados Mihály (szerk): *A gazdaságszerkezet és vonzáskörzet alakulása*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 216-229.

Czike Klára – Kuti Éva (2006): Önkéntesség és társadalmi integráció. Czike Klára – Kuti Éva (szerk.): *Önkéntesség, jótékonyság, társadalmi integráció*. Nonprofit Kutatócsoport és Önkéntes Központ Alapítvány, Budapest, 11-20.

Czirfusz Márton – Pósfai Zsuzsanna (2015): Kritikus ponton? *Területi Statisztika*, 55. évfolyam, 5. szám, 484-504.

Csite András – Kiss Gábor (2011): A modern kori járások kialakítását támogató története, jelenkori és európai tapasztalatok. Dietz Ferenc – Kirchhof Attila – Molnár Ildikó – Stechné Barati Izabella (szerk.): *Jelenkori közszolgáltatás-szervezési alternatívák.* BCE Közszolgálati Tanszék, Budapest. 75-112.

Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (2014): Egy magyar nagyváros társadalmának szerkezete a XXI. század első felében. Bevezető tanulmány társadalomszerkezeti kitekintéssel. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 7-28.

Csizmadia Zoltán (2014a): A szociális intézményrendszer szereplőinek hálózati struktúrája. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 245-271.

Csizmadia Zoltán (2014b): A társadalmi kapcsolatok jellemzői: A lakosság kapcsolati tőkekészletének sajátosságai. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 129-153.

Dézsi Csaba András – Fekete Dávid – Szentes Veronika – Laczkovits-Takács Tímea (2020): Impact of the Coronavirus Epidemic on Local Social and Healthcare Services through the Example of a Hungarian City. *Polgári Szemle.* Gazdasági és Társadalmi folyóirat, Volume 16, Special Issue, 157-170.

Dicső László (2010): *A helyi közszolgáltatások szervezése*. Települési Önkormányzatok Szövetsége, Demax Művek.

Dietz Ferenc – Kirchhof Attila – Molnár Ildikó – Stechné Barati Izabella (szerk.): *Jelenkori közszolgáltatás-szervezési alternatívák*. BCE Közszolgálati Tanszék, Budapest. 2011.

Dominelli, Lena (2010): Globalization, contemporary challenges and social work practice. *International Social Work*, Volume 53, Number 5, 599-612.

Dreschler, Wolfgang – Kattel, Rainer. (2008): Conclusion: Towards the Neo-Weberian State? Perhaps, but Certainly Adieu, NPM! *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Winter 2008/2009. Volume 1. Number 2. 95-99.

Dunn, William N. – Miller, David Y. (2007): A Critique of the New Public Management and the Neo-Weberian State: Advancing a Critical Theory of Administrative Reform. *Public Organization Review*, Volume 7, Issue 4, 345-358.

Dusek Tamás (2014): A közszolgáltatások területi és szervezeti hatékonysága és győri integrációja. Dusek Tamás (szerk.): *A városi rendszer működése: Közösségi szféra, oktatás és Győr jövőképe.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 45-54.

Egedy Tamás – Kovács Zoltán (2005): A városrehabilitáció néhány elméleti kérdése. In: Egedy Tamás (szerk.): *Városrehabilitáció és társadalom*. Magyar Tudományos Akadémia, Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest, 9-21.

Esping-Andersen, Gøsta. (2006): Ismét a Jó Társadalom felé? *Esély*, 17. évfolyam, 6. szám, 3-27.

Fábián Adrián (2010): *Közigazgatás-elmélet*. Dialóg Campus, Budapest-Pécs.

Farkas E. János – Szabó Márta (1995): Privatizáció és szociálislakás-gazdálkodás. *Statisztikai Szemle*, 73. évfolyam, 12. szám, 999-1014.

Fazekas Marianna (2004): Szociális igazgatás. Ficzere László – Forgács István (szerk.): *Magyar közigazgatási jog. Különös rész európai kitekintéssel*. Budapest: Osiris Kiadó, 280-305.

Fekete Dávid – Laczkovits-Takács Tímea (2019a): The effect of social rehabilitation ont he urban segregations. *Deturope*, Volume 11, Issue 2, 143-168.

Fekete Dávid – Laczkovits-Takács Tímea (2019b): Győr-Újvárosi szociális városrehabilitációs program a győri humánszolgáltatási modell vonatkozásában. Fekete Dávid (szerk): Városfejlődés és agrárinnováció a Kárpát-medencében : A Gróf Bethlen István Kutatóközpont évkönyve. Győr, Magyarország: Universitas-Győr Nonprofit Kft., 73-96.

Fekete Dávid (2014): Győr aktuális jövőképe a város stratégiai dokumentumainak tükrében. In: Dusek Tamás (szerk.): *A városi rendszer működése: Közösségi szféra, oktatás és Győr jövőképe.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 180-187.

Fekete Dávid (2014): Győr aktuális jövőképe a város stratégiai dokumentumainak tükrében. Dusek Tamás (szerk.): *A városi rendszer működése: Közösségi szféra, oktatás és Győr jövőképe.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 180-187.

Fekete Dávid (2018a): 25 éve Győrben az AUDI: A kutatás eddigi eredményeinek összegzése. *TÉR – GAZDASÁG – EMBER*, VI. évfolyam, 1. szám, 9-24.

Fekete Dávid (2018b): Economic Development and Economic Governance Through the Example of the City of Győr. *Deturope*. Vol. 10, Issue 1. 97-115.

Fekete Dávid (2018c): Győri fejlesztések a Modern Városok Program keretében. *Területi Statisztika*. 58. évfolyam, 6. szám, 638-658.

Fekete Dávid (2018d): Latest results of the Győr Cooperation Model. *Civic Review*. Vol. 14, Special Issue, 195-209.

Fekete Dávid (2019): A modern városok program jelentősége a hazai városfejlődésben. *Tér és társadalom*, 33. évfolyam, 1. szám, 27-43.

Finta István (szerk.): *A helyi önkormányzati közszolgáltatások jogi szabályozási és szakpolitikai környezete.* MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézete, Pécs, 2013.

Fónai Mihály (2014): Az egészségügyi ellátás szervezése. Horváth M. Tamás – Bartha Ildikó (szerk.): *Gyűrűk és sugarak. Mit nyújt egy magyar város?* Dialóg Campus, Budapest-Pécs, 75-89.

Forgács István (2001): A magyar egészségügy dilemmája. Glatz Ferenc (szerk.): *Egészségügy Magyarországon*. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 61-87.

Frivaldszky János (2010): Jó kormányzás és helye közpolitikaalkotás. *Jogelméleti Szemle*. 11. évf. 4. szám http://jesz.ajk.elte.hu/frivaldszky44.html Letöltve: 2015.01.23.

G. Fodor Gábor – Stumpf István (2007): A jó kormányzás két értelme. *Nemzeti érdek*, 3. szám 76-95.

G. Fodor Gábor – Stumpf István (2008): Neoweberi állam és jó kormányzás. *Nemzeti érdek*, 7. szám 5-27.

Gajduschek György (1998): A bürokrácia jelentése. Horváth M. T. (szerk.): *Közigazgatás-szorítóban. Átalakulási tanulmányok a századvégen*. Unió, 7-85.

Gajduschek György (2009): Governance, policy networks – informális politikai szereplők a döntéshoztalban. *Politikatudományi Szemle*. XVIII/2. 58-80.

Gajduschek György (2011): A közigazgatási szervezeti jellemzői – összehasonlító aspektusból In: Szamel Katalin – Balázs István – Gajduschek György – Koi Gyula (szerk): *Az Európai Unió tagállamainak közigazgatása*, Complex Kiadó, Budapest, 33-56.

Gellén Márton (2010): Közszolgálati ethosz a jó közigazgatásért. *Új Magyar Közigazgatás*, 3. évfolyam, 3. szám, 2-16.

Hajnal György – Pál Gábor (2013): Some reflections on the Hungarian discourse on (good) governance. *Iustum Aequum Salutare*, IX. 2. 95-106.

Hegedüs József – Várhegyi Éva (1999): A lakásfinanszírozás válsága a kilencvenes években. *Közgazdasági Szemle*, 46. évfolyam, 2. szám, 101-120.

Hoffman István – Linder Viktória (2016): Az állam kiterjedése: az egészségügyben. Horváth M. Tamás – Bartha Ildikó (szerk.): *Közszolgáltatások megszervezése és politikái. Merre tartanak?* Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 401-487.

Hoffman István – Mattenheim Gréta (szerk.): *Nagykommentár a szociális törvényhez.* Wolters Kluwer Kiadó, 2016.

Hoffman István – Nagy Marianna (szerk.): *A Magyarország helyi önkormányzatairól szóló törvény magyarázata*. Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2012.

Hoffman István (2009): *Önkormányzati közszolgáltatások szervezése és igazgatása. Az elmélet és a gyakorlat tükrében*. ELTE EÖTVÖS Kiadó, Budapest.

Hoffman István (2011): A helyi önkormányzatok szerepe a személye jellegű szociális szolgáltatások megszervezésében. *Esély*, 22. évfolyam, 6. szám, 35-63.

Hoffman István (2013a): A területi szociális közszolgáltatások igazgatása – nemzetközi kitekintéssel, a közelmúlt és a jelen magyar szabályozásának tükrében. *Esély*, 24. évfolyam, 4. szám, 51-72.

Hoffman István (2013b): Szociális igazgatás. Lapsánszky A. (szerk.): *Fejezetek a szakigazgatásaink köréből. III. kötet. A humán közszolgáltatások igazgatása.* Budapest, Complex, 2013, 227-276.

Hoffman István (2016): Hely a társadalom hálózataiban: Szociális szolgáltatások. Horváth M. Tamás – Bartha Ildikó (szerk.): *Közszolgáltatások megszervezése és politikái. Merre tartanak?* Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 325-399.

Honvári Patrícia (2014): Győri agglomerációs kutatása és eredményei a 60-as évektől napjainkig In: Lados Mihály (szerk): *A gazdaságszerkezet és vonzáskörzet alakulása*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 7-22.

Hood, Christopher (1989): Public Administration and Public Policy: Intellectual Challenges for the 1990s. *Australian Journal of Public Administration*, Volume 48, Issue 4, 346-358.

Hood, Christopher (1990): A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, Volume 69, Number 1, 3-19.

Hood, Christopher (2004): The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? Journal of Public Administration Research and Theory, Volume 14, Number 3, 267-282.

Horváth M. Tamás (2002): *Helyi közszolgáltatások szervezése*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs.

Horváth M. Tamás (2005): *Közmenedzsment.* Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs.

Horváth M. Tamás (2010): *Közmenedzsment*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs.

Horváth M. Tamás (2012): Kiszervezés – visszaszervezés: A helyi közszektor változása. *Fundamentum*, 16. évf., 2. szám, 5-10.

Horváth M. Tamás (2013a): Kiszervezés – visszaszervezés. Horváth M. Tamás (szerk): *Kilengések. Közszolgáltatási változások*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 239-247.

Horváth M. Tamás (2013b): Szempontok a területi közszolgáltatások regulációs változásainak vizsgálatához. Horváth M. Tamás (szerk): *Kilengések. Közszolgáltatási változások*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 9-25.

Jenei György (2008): A Post-Accession Crisis? Political Developments and Public Sector Modernisation in Hungary. *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Winter 2008/2009. Volume 1. Number 2. 55-67.

Juhász Lilla (2011): Három irányzat a közigazgatás-tudomány fogalomtárából, avagy a New Public management, a New Governance és az ujweberiánus szemlélet vizsgálata. *Jogelméleti Szemle*. 12. évf. 3. szám http://jesz.ajk.elte.hu/juhasz47.html Letöltve: 2015.01.23.

Kiss Norbert (2011): *A minőségi közszolgáltatások hozzájárulása a versenyképességhez.* Foglalkoztatási Hivatal, Budapest.

Klijn, Erik Hans – Koppenjan, Joop (2013): *Governance Networks in the Public Sector.* Routledge, London.

Klijn, Erik Hans – Skelcher, Chris (2007): Democracy and Governance Networks: Compatible or not? Public Administration, Volume 85, Issue 3, 587-608.

Kooiman, Jan (2003): *Governing as Governance*. London. Sage.

Kovács Gábor (2014): A lokális források szerepe a helyi önkormányzatok finanszírozásában: Győr MJV forrásbevonási stratégiájának elemzése. Dusek Tamás (szerk.): *A városi rendszer működése: Közösségi szféra, oktatás és Győr jövőképe.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 28-44.

Kovács Lajos (2000): Lakáshelyzet Győrött. *Jegyző és közigazgatás*, II. évfolyam, 4. szám

Kovács Zoltán (1992): Budapesti bérlakásszektor privatizációjának társadalmi és városszerkezeti hatásai. *Tér és Társadalom*, 6. évfolyam, 3-4. szám, 55-73.

Kovácsné Tóth Ágnes (2014): A lakosság egészségi állapotának és egészségtudatosságának néhány jellemzője. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 201-216.

Kökényesi József (2013): A helyi közigazgatás szervezési tendenciái. Horváth M. Tamás (szerk.): *Kilengések. Közszolgáltatási változások*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 249-268.

Kökényesi József (szerk.): *Közigazgatási szakvizsga. Közszolgáltatások szervezése és igazgatása*. Kormányzati Személyügyi Szolgáltató és Közigazgatási Képzési Központ, Budapest, 2007.

Laczkovits-Takács Tímea (2018a): Győr humánszolgáltatási modelljének egészségügyi pillére 1990-től napjainkig. *Polgári Szemle*, 14. évfolyam, 1-3. szám, 90-106.

Laczkovits-Takács Tímea (2018b): Vázlat a Győri Egészséges Városok Program idősügyi intézkedéseiről. Fekete Dávid - Filep Bálint (szerk.): *Innováció, kultúra és életminőség a Kárpát-medence nagyvárosaiban*. Az I. Gróf Bethlen István Erdélyi Nyári Egyetem válogatott tanulmányai. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 53- 64.

Laczkovits-Takács Tímea (2019a): Győr stratégiai dokumentumai a szociálpolitika tükrében. *Szociálpolitikai Szemle*. V. évfolyam, 1. szám, 81-95.

Laczkovits-Takács Tímea (2019b): Győr város önkormányzatának szerepvállalása a helyi szociális közszolgáltatások biztosításában. *Tér-Gazdaság-Ember*, VII. évfolyam, 2-3. szám, 277-309.

Laczkovits-Takács Tímea (2019c): Idősügy a győri Egészséges Városok Program tükrében. Polgári Szemle, 15. évfolyam, 1-3. szám, 238-254.

Laczkovits-Takács Tímea (2019d): Társadalmi részvétel és önkéntesség a győri Egészséges Városok Program keretein belül. Reisinger Adrienn - Kecskés Petra - Buics László - Berkes Judit - Balassa Bernadett (szerk.) *Kulturális Gazdaság*. Kautz Gyula Emlékkonferencia 2018. június 5. elektronikus formában megjelenő kötete, 13p.

Laczkovits-Takács Tímea (2020): Győr lakásügyi politikája a rendszerváltás után. *Polgári Szemle,* 16. évfolyam, 4-6. szám, 450-465.

Lane, Jan-Erik (ed.): *New Public Management: An introduction*. Routledge, London, 2000.

László Mária – Pap Norbert (szerk.): *A közszolgáltatások szervezésének alternatívái*. Lomart Kiadó, Pécs, 2007.

Lentner Csaba (2018): *Kormányzati és közigazgatási feladatok közgazdasági és közpénzügyi megalapozása*. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest.

Lőrincz Lajos (1981): *A közigazgatás kapcsolata a gazdasággal és a politikával*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

Lucica, Matei – Spyridon, Flogaitis (ed.): *Public Administration in the Balkans – from Weberian bureaucracy to New Public Management*. South-Eastern European Administrative Studies – ASsee Online Series, Volume 1, Issue 1, 2011.

Lynn, Laurence E. (2008): What Is a Neo-Weberian State? Reflections on a Concept and its Implications. *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Winter 2008/2009. Volume 1, Issue 2, 17-30.

Marx, Fritz Morstein (1998): A közigazgatás társadalmi szerepe. Lőrincz Lajos (szerk.): *Közigazgatás-tudományi antológia*. Unió kiadó, Budapest.

Mazur, Stanisław – Kopycinski, Piotr (ed.): *Public Policy and the Neo-Weberian State*. Routledge, London-New York, 2017.

McGregor, Alan – McConnachie, Margaret (1995) Social Exclusion, Urban Regeneration and Economic Reintegration. *Urban Studies*, Volumen 32, Issute 10, 1587-1600.

McLaughlin, Kathleen – Ferlie, Ewan – Osborne P., Stephen (ed.): New Public Management: Current Trends and Future Prospects. Routledge, London and New York, 2001.

Nagy Marianna (2004): Egészségügyi igazgatás. Ficzere Lajos – Forgács Imre (szerk.): *Magyar közigazgatási jog. Különös rész európai uniós kitekintéssel.* Osiris Kiadó, Budapest, 263-279.

Nagy Zsuzsanna – De Blasio Antonio: A WHO Egészséges Városok Programja Magyarországon. *Egészségfejlesztés*, LX. évfolyam, 1. különszám, 29-35.

Nagy Zsuzsanna (szerk.): *A WHO Egészséges Városok Programja Magyarországon*. Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége, Pécs, 2011.

Nárai Márta (1998): Bérlakásokkal vagy nélkülük? Lehetőségek és igények felmérése Győrött. *Tér és társadalom*, 12. évfolyam, 4. szám, 117-160.

Nárai Márta (2014a): Humán szükségletek alakulása Győrben I. – Alapszükségletek. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 154-181.

Nárai Márta (2014b): Humán szükségletek alakulása Győrben II. – Magasabb rendű aktivitási szükségletek. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 182-200.

Novoszáth Péter (2014): *A társadalombiztosítás pénzügyei*. Nemzeti Közszolgálati és Tankönyv Kiadó Zrt., Budapest.

Nyikos Györgyi – Soós Gábor Gergely (2018): *A közszolgáltatás-szervezés, a közfeladat-ellátás stratégiai szervezési ismeretei.* Kormányzati tanulmányok. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest.

Osborne, Stephen P. (2006): The New Public Governance? *Public Management Review*, Volume 8, Number 3, 377-388.

Osborne, Stephen P. (2010): *The New Public Governance*. Routledge, London.

Pálné Kovács Ilona (2013): A helyi közszolgáltatások versenyképességét szolgáló modernizálása

Pálné Kovács Ilona (2007): Magyar területi reform és az uniós fejlesztéspolitika. *Magyar Tudomány*, 167. évf. 10. sz. 1306-1316.

Papp Ilona (szerk.): *Szolgáltatások a harmadik évezredben.* Aula Kiadó, Budapest, 2003.

Páthy Ádám (2014): A társadalmi szerkezet belső területi sajátosságai. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 48-74.

Péteri Gábor (2013): Költségvetési és piaci megoldások egyensúlya. Területi közszolgáltatások pénzügyi szabályozása. Horváth M. Tamás (szerk.): *Kilengések. Közszolgáltatási változások*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 30-50.

Polgár S. Tiborné – Kálé Rita (szerk.): *Túl az Óperencián. Húsz év a város peremén /1992-2012/. A győri hajléktalan-ellátás húszéves évkönyve.* Hajléktalanokat Segítő Szolgálat, Győr, 2012.

Pollitt, Christopher (2008): An Overview of the Papers and Propositions of the First Trans-European Dialogue (TED1). *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Winter 2008/2009. Volume 1. Number 2. 9-16.

Pongrácz Alex (2016): A közmenedzsment reformok metamorfózisai. *Új Magyar Közigazgatás*, 9. évfolyam, 1. szám. 1-12.

Potůček, Martin (2008): The Concept of the Neo-Weberian State Confronted by the Multi-Dimensional Concept of Governance. *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Winter 2008/2009. Volume 1. Number 2. 83-94.

Ráczné Németh Teodóra (szerk.): *25 év története. Visszaemlékezések, gondolatok, kezdeményezések, új módszerek az idős-, fogyatékos- és egészségügyi ellátásban.* Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézménye, Győr, 2005.

Randma-Liiv, Tiina (2008): New Public Management Versus the Neo-Weberian State in Central and Eastern Europe. *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Winter 2008/2009. Volume 1. Number 2. 69-82.

Rechnitzer János – Kecskés Petra – Reisinger Adrienn (2016): A Győri Modell – Az Egyetem, az ipar és a város együttműködési dimenziói. Lengyel Imre – Nagy Benedek (szerk.): *Térségek versenyképessége, intelligens szakosodása és újraiparosodása.* JATE Press Kiadó, Szeged, 225-239.

Rechnitzer János (2014): A győri gazdaság pályapontjai a rendszerváltástól napjainkig. Lados Mihály (szerk.): *A gazdasági szerkezet és vonzáskörzet alakulása.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 104-129.

Rechnitzer János (2016): *A területi tőke a városfejlődésben*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs.

Reisinger Adrienn – Kecskés Petra - Czakó Katalin (2017): Services of Economic Development Organisatios in Győr. *Deturope*, 9 (3), 2016, 85-100.

Reisinger Adrienn (2012): Társadalmi részvétel helyi, területi és európai Uniós szinten. Róbert Péter (szerk.): *Magyarország társadalmi-gazdasági helyzete a 21. század első évtizedeiben.* A 2011. június 15.-i Kautz Gyula Emlékkonferencia válogatott tanulmányai.

Reisinger Adrienn (2014a): Társadalmi részvétel – ahogy a győriek látják. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 116-128.

Reisinger Adrienn (2014b): Vállalatok kapcsolati hálója Győrben és térségében. Lados Mihály (szerk): *A gazdaságszerkezet és vonzáskörzet alakulása.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 230-243.

Rhodes, Roderic Arthur William (1996): The New Governance: Governing without Government. *Political Studies. XLIV. 652-667.*

Rixer Ádám (2012): *Humán közszolgáltatások igazgatása*. Patrocinium, Budapest.

Róbert Péter (2014): Társadalmi rétegződés és mobilitás. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 28-47.

Somlyódyné Pfeil Edit (2014): A városkérdés a módosult állami szerepfelfogás keretei között. In: Hardi Tamás – Somlyódyné Pfeil Edit (szerk.): *Városfejlődési trendek és állami szerepek.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 103-111.

Soós Zsolt (2007): Állami koncepcióváltások a kistelepülések közszolgáltatási rendszereinek, különösen a szociális szolgáltatásainak működtetésében az 1950-es évektől napjainkig. In: Lőrincz Ildikó (szerk.): *XI. Apáczai Napok 2007 – Nemzetközi Tudományos Konferencia tanulmányok: Értékőrzés és értékteremtés*. Győr, Nyugat-magyarországi Egyetem Apáczai Csere János Kar, 150-156.

Soós Zsolt (2013): Állami szolgáltatásvásárlás a szociális szolgáltatási rendszerben. *Esély*, 24. évfolyam, 1. szám, 3-38.

Soós Zsolt (2018): A közszolgáltatási méretgazdaságosság kialakításának modelljei az Európai Unió tagállamaiban a XXI. század kezdeti időszakáig, *Szociálpedagógia*, 12. kötet, 57-71.

Sørensen, Eva (2012): Governance and Innovation in the Public Sector. In: Levi-Faur, David (ed.): The Oxford Handbook of Governance, Oxford University Press, 215-228.

Stoker, Gerry (2006): Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance? The American Review of Public Administration, Volume 36, Issue 1, 41-57.

Szabó Tamás (2015): A differenciált hatáskör-telepítés eszközének alkalmazása a magyar önkormányzati rendszerben 1990 után. Acta humana: emberi jogi közlemények, 2015. 5. szám, 21-37.

Szente Zoltán (2012): Az önkormányzati rendszer átalakítása. *Fundamentum*, 16. évf. 2. szám, 11-14.

Szigeti Ernő (2013): A közigazgatás területi változásai. Horváth M. Tamás (szerk): *Kilengések. Közszolgáltatási változások*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 269-289.

Szörényiné Kukorelli Irén (2014): Város és vidéke – térkapcsolatok elemzése Győr térségében. Lados Mihály (szerk): *A gazdaságszerkezet és vonzáskörzet alakulása*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 22-49.

Temesváry Zsolt (2018): A szociális munka és a szociálpedagógia modern elméletei. L'Harmattan SZOSZAK, Budapest.

Tóth Péter – Ditrói Zoltán (2014): A helyi társadalom dimenziói. Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben.* Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 75-99.

Varju Márton (2013): A közszolgáltatások szabályozása az Európai Unióban. Horváth M. Tamás (szerk): *Kilengések. Közszolgáltatási változások*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 103-137.

Vígvári András (2008): Szubszidiaritás nélküli decentralizáció – néhány adalék az önkormányzati rendszer magyar modelljének korszerűsítéséhez. *Tér és Társadalom*, 22. évfolyam, 1. szám, 141-167.

Weber, Max (1979): *Gazdaságtörténet*. Válogatott tanulmányok. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

WHO Regional Office for Europe (1997): *Twenty steps for developing a Healthy Cities Project*. World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2013): *Phase VI (2014-2018) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements.* World Health Organization.

Wilkinson, Richard G. – Marmot, Michail (ed.): *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

Cho, Wonhyuk – Im, Tobin – Porumbescu, Gregory A. – Lee, Hyunkuk – Park, Jungho (2013): A Cross-Country Study of the Relationship between Weberian Bureaucracy and Government Performance. *International Review of Public Administration*, Volume 18, Issue 3, 115-137.

Wrigley, Neil – Guy, Clifford – Lowe, Michael (2002): Urban Regeneration, Social Inclusion and Large Store Development: The Seacroft Development in Context. *Urban Studies*, Volume 39, Issue 11, 2101-2114.

Yung, Easter Hiu Kwan – Chan, Edwin Hon Wan – Xu, Ying (2014). Sustainable Development and the Rehabilitation of a Historic Urban District – Social

Sustainability in the Case of Tianzifang in Shanghai. *Sustainable Development*, Volume 22, Issue 2, 95-112.

Zárol Evelin (2014): Az idősek helyzete, idősügy Magyarországon. *Kapocs*, 13. évf. 4. szám 2-13.

2. Egyéb dokumentumok, jogszabályok

1/14/10/2016. PM. határozat – Győr Megyei Jogú Város Polgármesterének határozata a „Megyei jogú városok leromlott városi területeinek rehabilitációja" című, TOP-6.7.1-15 azonosító számú felhívásra pályázat benyújtásáról

1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

10/17/06/2020.PM. határozat

105/1995. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Dr. Bakó Ferenc alpolgármester előterjesztése - A Győr Megyei Jogú Város valamint a vállalkozó háziorvos között kötött megállapodás 6. pontjának kiegészítésére

106/1995. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Tájékoztató a WHO program működéséről

108/2018. (VI.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Helyi Esélyegyenlőségi Programja 2018-2023-as időszakra vonatkozóan

110/2003. (IV.24.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának 4 éves gazdasági programja (2003-2006)

116/1993. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. határozat – Az egészségügyi alapellátás új társadalombiztosítási finanszírozása, azok következményei. Javaslat a felmerülő problémák feloldására.

117/1993. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr város részvétele az Egészségügyi világszervezet Európai Regionális Irodája (WHO – EURO) által kezdeményezett „Egészséges Városok" projektben

131/2005. (V.5.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Településfejlesztési koncepció

133/2012. (V.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a 38/2011. (IV. 29.) Kgy. sz. határozat módosítására és az NYDOP-3.1.1/B-09-1f-2011-0001 kódszámú, ”Szociális városrehabilitáció Győr-Újváros területén” című projektjavaslat második körös pályázati anyagát képező Akcióterületi Terv elfogadására

137/2003. (V.15.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat háziorvosi és fogászati eszközök értékesítésére

137/2006. (V.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Idősek egészségképe Győr Városában 2006

137/2006. (V.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Tájékoztató az idősek egészségi állapotáról

142/2016. (IX.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat Győr Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiájának módosítása

147/2002. (V.16.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a fogászati röntgen szakellátás feladatellátási szerződés alapján történő működtetésére

15/2020. (IV.30.) GYMJVÖ. rendelet az önkormányzati tulajdonú bérlakások veszélyhelyzetre tekintettel meghatározott bérleti díjáról

155/1995. (VI.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának 4 éves programja (1995-1998)

158/1992. (X.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Az Egészséges Városok Magyar Nemzeti Hálózat Szövetéghez csatlakozik Győr Megyi Jogú Város Közgyűlése

16/2002. (VII.5.) GYMJVÖ. rendelet – Győr város területén háziorvosi, fogorvosi alapellátási körzeteinek kialakításáról

162/2013. (VI.28.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Helyi Esélyegyenlőségi Programja 2013-2017-es időszakra vonatkozóan

162/2014. (IX.12.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája

178/2002. (VI.6.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata valamint a vállalkozó háziorvos és fogorvos között kötött megbízási szerződés módosítására

179/2019. (XII.19.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

18/2001. (I.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat Győr Városi Kábítószerügyi Érdekegyeztető Fórum létrehozására

18/2004. (IV.16.) GYŐRMJVÖ rendelet – az önkormányzati lakások lakbérének mértékéről, a külön szolgáltatási díjakról, ezek megfizetésének módjáról

18/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Tájékoztató a WHO Egészséges Városok Projekt 2017. évi tevékenységéről

19/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Tájékoztató az idősek életminőségének javítását célzó koncepció 2017. évi feladattervének végrehajtásáról és javaslat az idősek életminőségének javítását célzó koncepció 2018. évi feladattervére

191/2017. (XI.22.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

195/2016. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. határozat – Javaslat Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó vállalkozások között kötött szerződések felülvizsgálatára

196/1998. (VI.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Együttműködési szerződés szociális jellegű lakásépítési program megvalósításában

1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról (Ötv.)

1991. évi XXXIII. törvény egyes állami tulajdonban lévő vagyontárgyak önkormányzatok tulajdonába adásáról

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szoctv.)

1993. évi LXXVIII. törvény a lakások és helyiségek bérletére, valamint az elidegenítésükre vonatkozó egyes szabályokról

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyvt.)

1999. évi LXX. törvény a Magyar Köztársaság és az Apostoli Szentszék között a Katolikus Egyház magyarországi közszolgálati és hitéleti tevékenységének finanszírozásáról, valamint néhány vagyoni természetű kérdésről 1997. június 20-án, Vatikánvárosban aláírt Megállapodás kihirdetéséről

20/2018. (II.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesülettel kötendő ellátási szerződésre

2001. évi LXXIX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról

2003. évi XLIII. törvény az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről

2011. évi CLXXV. törvény az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról

2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól (Mötv.)

2011. évi CXXVIII. törvény a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

202/2007. (VII.05.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat Győr város új lakáskoncepciójára, valamint a bérlakások hosszú távú fenntartására

2020. évi XII. törvény a koronavírus elleni védekezésről

211/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. határozat – Javaslat a helyi adórendeletek felülvizsgálatára

212/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a családsegítés, illetve a gyermekjóléti szolgáltatási feladatok 2016. január 1-jétől hatályos rendelkezésnek megfelelő ellátási módjára

213/2015. (XI.13.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

216/2013. (IX.27.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Beszámoló a Győrben élő 50 év feletti lakosság egészségi állapotáról, az Idősek egészségképéről (Idősek egészségképe 2013)

217/2016. (XII. 21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Győr Megyei Jogú Város Egészségképe 2014 és Győr Megyei Jogú Város Városi Egészségfejlesztési Terve 2016-2020

219/2007. (VII.5.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a "WEL_HOPS" projekt keretében készült "Ajánlások az idősek szükségleteinek megfelelő házak, lakások, otthonok építéséhez és átalakításához" című kézikönyv elfogadására

22/04/05/2016. PM. határozat – Győr Megyei Jogú Város Polgármesterének határozata „A társadalmi együttműködést erősítését szolgáló helyi szintű komplex programok” című, TOP-6.9.1-15 azonosító számú felhívásra pályázat benyújtásáról

22/2005. (V.10.) GYMJVÖ. rendelet – Győr város területén egészségügyi alapellátási szolgálatok körzeteinek kialakításáról

221/1999. (VI.17.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Az iskola-egészségügyi ellátás helyzete a Győr nevelési, oktatási intézményeiben

231/1998. (VII.2.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr város fogorvosi ellátása és a privatizáció lehetősége

238/1997. (VII.3.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Szociális jellegű lakásépítés

262/2006. (IX.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Idősügyi Tanács összetételére, feladataira és működési rendjére

264/1999. (VII.1.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának 4 éves gazdasági programja (1999-2002)

27/2000. (II.10.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a fogorvosi ügyelet átszervezésére

277/2013. (XII.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

297/1995. (XI.30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr város lakáskoncepciója

3/05/05/2020. PM. h. – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja 2020-2025

30/2012. (XII.19.) GYŐRMJVÖ rendelet Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Szervezeti és Működési Szabályzatáról

30/2018. (XII.20.) GYMJVÖ. rendelet - az önkormányzati tulajdonú lakások bérletéről, valamint a lakásvásárlás és –építés támogatásáról

31/2010. (II.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Tájékoztató az idősek életminőségének javítását célzó 2009. évi feladatterv végrehajtásáról, és javaslat a 2010. évi feladattervre az idősek életminőségének javítására

312/2012. (XI.8.) Korm. rendelet a településfejlesztési koncepcióról, az integrált településfejlesztési stratégiáról és a településrendezési eszközökről, valamint egyes településrendezési sajátos jogintézményekről

320/1995. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás működésének biztosítására

327/2007. (XI.15.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Koncepció az idősek életminőségének javítására Győrben (2007-2012)

327/2011. (XII.16.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

33/1999. (II.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – A szociális lakásépítési program megvalósításának helyzete

337/2009. (X.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület támogatására az idősek lakhatását, életfeltételeit javító korszerűsítéssel kapcsolatosan

346/2007. (XII.6.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

38/2011. (II.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javalat a NYDOP-2009-3.1.1/B. kódszámú pályázati felhívásra elkészített ”Szociális városrehabilitáció Győr-Újváros területén” című projektjavaslat első körös pályázati anyagát képező Előzetes Akcióterületi Terv

és a projektköltségvetés elfogadására, valamint a pályázat első körös fordulójára történő benyújtásra

40/2020. (III.11.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet kihirdetéséről

400/1999.(X.7.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Fogorvosi szolgálatok területi felosztásának áttekintése

408/2000. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás működtetésére

408/2009. (XII.7.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

409/2000. (XII.21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Fogorvosi alapellátás áttekintése

41/1992./IV.30./GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Egészségügyi Alapellátása tárgyában intézmény alapítására és Ápolási vezetői állás betöltésére

41/2008. (II.28.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Integrált Városfejlesztési Stratégiája

42/2007. (XII.21.) GYMJVÖ. rendelet az önkormányzati tulajdonú lakások és helyiségek elidegenítéséről

421/2005. (XII.8.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szociális Szolgáltatástervezési Koncepció felülvizsgálata

425/2003. (XI.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a háziorvosi ügyeleti szolgálat egészségügyi ellátási szerződés alapján történő működtetésére

43/1999. (III.3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

438/2008. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a fogorvosi ügyeleti szolgálat átszervezésére

446/2001. (XII.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás gazdaságosabb és hatékonyabb működtetésére

46/2020. (III.16.) Korm. rendelet az élet- és vagyonbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó humánjárvány megelőzése, illetve következményeinek elhárítása, a magyar állampolgárok egészségének és életének megóvása érdekében elrendelt veszélyhelyzet során teendő intézkedésekről

460/1999. (XI.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – A Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata valamint a vállalkozó háziorvos és vállalkozó fogorvos között kötött megállapodás felülvizsgálatára

460/2003. (XII.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Szolgáltatástervezési Koncepció Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata szociális szolgáltatási feladataira

466/1999. (XI.18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - 3 éves fejlesztési terv az iskola-egészségügyi ellátás személyi és tárgyi feltételeinek teljes körű biztosítására

47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

475/2004. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Javaslat az Egészségügyi Alapellátás gazdaságosabb és hatékonyabb működtetésére

481/2004. (XI.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Műszaki fenntartási és ingatlan-fejlesztési program 2005-2014. a Győr Megyei Jogú Város önkormányzatának kizárólagos tulajdonában lévő, bérbeadás útján hasznosított lakásokat és nem lakás céljára szolgáló helyiségeket magába foglaló épületekre

5/2015. (II.27.) GYŐRMJVÖ rendelet - A szociális igazgatás és szociális ellátások helyi szabályozásáról

52/2018. (III.23.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Tájékoztató a Győr Városi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum 2017. évi tevékenységéről

58/2004. (VI.12.) ESZCSM-BM együttes rendelet – az Idősbarát Önkormányzat Díj alapításáról és adományozásáról

60/2015. (III.27.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Tájékoztató a WHO Egészséges Városok Projekt 2014. évi tevékenységéről

62/2014. (IX.12.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Településfejlesztési Koncepciója és Győr Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégia

67/2011. (III.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja

7/2011. (I.28.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr fenntarthatósági programja

7/2020. (IV.1.) GYMJVÖ. rendelet egyes önkormányzati rendeleteknek a humánjárvány gazdasági következményeinek kezelése érdekében szükséges módosításáról

71/2007. (III.22.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja

75/2004. (III.25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat - Javaslat a háziorvosi ügyeleti szolgálat egészségügyi ellátási szerződés alapján történő működtetésére

75/2018. (V.4.) Kgy. sz. határozat – Javaslat a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Nyugat-dunántúli Régiójának támogatására

77/2003. (IV.3.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Tájékoztató a WHO Egészséges Városok projekt 2002. évi tevékenységéről

8/2020. (II.12.) Korm. rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet módosításáról

81/1997. (III.20.) Kgy. sz. határozat – Tájékoztató Győr város fogorvosi ellátásának helyzetéről

81/2009. (X.6.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról

84/1997. (III.20.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – A lakásépítési program teljesítésének helyzete az eddigi tapasztalatok alapján

84/2015. (IV.30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Önkormányzatának Gazdasági Programja

88/2020. (IV.5.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során teendő, egyes szociális és gyermekvédelmi ellátásokkal kapcsolatos intézkedésekről, valamint a szociális szolgáltatásoknak a veszélyhelyzet során elrendelt működési rendjéről

96/1996. (IV.11.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr város lakásépítési koncepciójához kapcsolódó megvalósítási programjavaslat

99/2011. (IV.29.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat) – Javaslat a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület támogatására az idősek lakhatását, életfeltételeit javító lakáskorszerűsítéssel kapcsolatosan

A katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény

Akcióterületi terv (2012): Megyei Jogú Városok városrehabilitációs témájú kiemelt projektjavaslatai NYDOP-2009-3.1.1/B - Szociális városrehabilitáció Győr-Újváros területén

Egészségügyi és Szociálpolitikai koncepció megvitatása – Szociális és Egészségügyi Bizottság javaslata, 1995. március 29.

EMMI (2020a): Az EMMI Egészségügyi Szakmai Kollégium Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelem) Tagozat ajánlása a COVID-19 ellátásrenddel kapcsolatban. 2020. március 21.

EMMI (2020b): Azonnali intézkedések megtétele – miniszteri levél. 2020. március 15.

EMMI (2020c): Útmutató a koronavírus terjedésének megelőzésére és a kockázatok csökkentésére a család- és gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók részére. 2020. március 20.

Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete (2014. április 29.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról

Győr MJV Kgy. előterjesztés (1991) - Győr város egészségügyi alapellátása, Egészségügyi és Szociális Bizottság előterjesztése, 1991. XII.5-ei közgyűlésre (a Kgy. szavazás nélkül tudomásul vette)

Győr MJV Kgy. előterjesztés (1993) - Beszámoló az Egészségügyi Alapellátás 1992. éves munkájáról – A polgármester előterjesztése - 1993. I.14-ei közgyűlésre

Közösségi beavatkozási terv (2016): „Győr-Újváros szociális városrehabilitációhoz kapcsolódó társadalmi együttműködést erősítő komplex program" TOP-6.9.1-15-GY1-2016-00001

Magyarország Alaptörvénye

Megvalósíthatósági tanulmány (2016): TOP-6.7.1-15-GY1-2016-00001 - „Szociális városrehabilitáció Győr-Újváros területén, II. ütem”

NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ (2020a): 13305-54/2020EÜIG iktatószámú Országos Tisztifőorvosi Határozat

NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ (2020b): 13305-56/2020EÜIG iktatószámú Országos Tisztifőorvosi Határozat

NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ (2020c): 13305-59/2020EÜIG iktatószámú Országos Tisztifőorvosi Határozat

NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ (2021a): 25270-1/2021EÜIG iktatószámú Országos Tisztifőorvosi Határozat

NNK – Nemzeti Népegészségügyi Központ (2021b): 25270-3/2021EÜIG iktatószámú Országos Tisztifőorvosi Határozat

United Nations (1991): General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991 – United Nations Principles for Older Persons

WHO Regional Office for Europe (2013): *Phase VI (2014-2018) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements.* World Health Organization.

Wilkinson, Richard G. – Marmot, Michael (ed.): *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

3. Internetes források

A Győr Városi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum Szervezeti és Működési Szabályzata (KEF SZMSZ). www.kef.gyor.eu/szmsz.hu Letöltve: 2018.09.30.

United Nations (1983): *Vienna International Plan of Action on Ageing*. New York. http://www.un.org/en/events/elderabuse/pdf/vipaa.pdf Letöltve: 2018.09.28.

United Nations (2002): *Political Declaration and Madrid internation plan of action on ageing.* New York. https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf Letöltve: 2018.09.28.

World Health Organization (2002): *Active Ageing. A Policy Framework.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y Letöltve: 2018.09.29.

World Health Organization (2015): *World Report on Ageing and Health. Luxembourg.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1 Letöltve: 2018. 09.29.

World Health Organization (2017): *Age-friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF?ua=1 Letöltve: 2018.10.03.

eeszi.hu (2020) – Tájékoztató a bentlakásos otthonokban a látogatási tilalom részleges feloldásáról http://eeszi.hu/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=48&Itemid=91&fbclid=IwAR2RVSCaEnuBI_YtCV1Nq9u9jSCvxy5r2OeeARYcRDB3xWvjXBm7tba_rFg Letöltve: 2020.06.16.

gyor.hu (2020a) - 2020. március 17. Maradjanak otthon a 70 éven felüliek https://gyor.hu/maradjanak-otthon-a-70-even-feluliek/ Letöltve: 2020.06.14.

gyor.hu (2020b) – 2020. március 18. Ingyenesen hívható zöldszám Győrben https://gyor.hu/ingyenesen-hivhato-zold-szam-gyorben/ Letöltve: 2020.06.18.)

gyorplusz.hu (2020a) – 2020. március 15. Új intézkedések Győrben https://www.gyorplusz.hu/koronavirus/uj-intezkedesek-gyorben/ Letöltve: 2020.06.06.)

gyorplusz.hu (2020b) – 2020. március 20. Megfigyelőközpont lesz az egyetemen https://www.gyorplusz.hu/gyor/megfigyelo-kozpont-lesz-az-egyetemen/ Letöltve: 2020.06.06.

gyorplusz.hu (2020c) – 2020. március 20. Létrejött a Győri Segélyalap https://www.gyorplusz.hu/gyor/letrejott-a-gyori-segelyalap/ Letöltve: 2020.06.24.

gyorplusz.hu (2020d) – 2020. március 26. Orvosi ellátás telefonon https://www.gyorplusz.hu/gyor/orvosi-ellatas-telefonon/ Letöltve: 2020.06.06.

gyorplusz.hu (2020e) – 2020. március 26. Sokan hívják az ingyenes győri zöld számot https://www.gyorplusz.hu/gyor/sokan-hivjak-a-gyori-zold-szamot/ Letöltve: 2020.06.06.

gyorplusz.hu (2020f) – 2020. március 26. Gyermekorvosokat hívhatnak az új zöld számon https://www.gyorplusz.hu/gyor/ujabb-zold-szamot-hivhatnak-ingyenesen/ Letöltve: 2020.06.06.

gyorplusz.hu (2020g) - 2020. április 2. Az EESZI akkor segít, ha előtte kérik https://www.gyorplusz.hu/gyor/az-eeszi-akkor-segit-ha-elotte-kerik/ Letöltve: 2020.06.06.

gyorplusz.hu (2020h) – 2020. április 20. Az idősek védelmében https://www.gyorplusz.hu/gyor/az-idosek-vedelmeben/ Letöltve: 2020.06.06.

gyorplusz.hu (2020i) – 2020. május 5. Megérkezett a koronavírus tesztet végző berendezés https://www.gyorplusz.hu/hirado/megerkezett-a-koronavirus-tesztet-vegzo-berendezes/ Letöltve: 2020.06.07.

gyorplusz.hu (2020j) – 2020. május 22. Újranyitnak hétfőn a bölcsődék és az óvodák https://www.gyorplusz.hu/gyor/hetfon-nyitnak-az-ovodak-es-bolcsodek/ Letöltve: 2020.06.16.)

gyorplusz.hu (2020k) – 2020. június 16. Elismerés a helytállásért https://www.gyorplusz.hu/gyor/elismeres-a-helytallasert/ Letöltve: 2020.06.30.)

gyorplusz.hu (2020l) – 2020. június 18. Megszűnik az idősáv, de a bérleti díjakat újra kell fizetni https://www.gyorplusz.hu/gyor/megszunik-az-idosav-de-a-berleti-dijakat-ujra-fizetni-kell/ Letöltve: 2020.06.21.

kormany.hu (2020) – 2020. december 15. Jelentősen nőtt az egyházi fenntartók aránya a szociális területen https://kormany.hu/hirek/kereszteny-kozossegi-szocialis-jelentosen-nott-az-egyhazi-fenntartok-aranya-a-szocialis-teruleten Letöltve: 2021.07.23.

NGM (2015): Nemzetgazdási Minisztérium: Terület- és Településfejlesztési Operatív Program. Elfogadott változat. 2015.02.12. https://regionalispolitika.kormany.hu/download/1/c9/e0000/TOP_Szechenyi2020_elfogadott.pdf Letöltve: 2020.10.29.

Mellékletek

1. számú melléklet: A helyi önkormányzati feladatok az Mötv. alapján

1. településfejlesztés, településrendezés;
2. településüzemeltetés (köztemetők kialakítása és fenntartása, a közvilágításról való gondoskodás, kéményseprő-ipari szolgáltatás biztosítása, a helyi közutak és tartozékainak kialakítása és fenntartása, közparkok és egyéb közterületek kialakítása és fenntartása, gépjárművek parkolásának biztosítása);
3. a közterületek, valamint az önkormányzat tulajdonában álló közintézmény elnevezése;
4. egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások;
5. környezet-egészségügy (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása, rovar- és rágcsálóirtás);
6. óvodai ellátás;
7. kulturális szolgáltatás, különösen a nyilvános könyvtári ellátás biztosítása; filmszínház, előadó-művészeti szervezet támogatása, a kulturális örökség helyi védelme; a helyi közművelődési tevékenység támogatása;
8. gyermekjóléti szolgáltatások és ellátások;
8a. szociális szolgáltatások és ellátások, amelyek keretében települési támogatás állapítható meg;
9. lakás- és helyiséggazdálkodás;
10. a területén hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítása;
11. helyi környezet- és természetvédelem, vízgazdálkodás, vízkárelhárítás;
12. honvédelem, polgári védelem, katasztrófavédelem, helyi közfoglalkoztatás;
13. helyi adóval, gazdaságszervezéssel és a turizmussal kapcsolatos feladatok;
14. a kistermelők, őstermelők számára - jogszabályban meghatározott termékeik - értékesítési lehetőségeinek biztosítása, ideértve a hétvégi árusítás lehetőségét is;
15. sport, ifjúsági ügyek;
16. nemzetiségi ügyek;
17. közreműködés a település közbiztonságának biztosításában;
18. helyi közösségi közlekedés biztosítása;
19. hulladékgazdálkodás;
20. távhőszolgáltatás;

21. víziközmű-szolgáltatás, amennyiben a víziközmű-szolgáltatásról szóló törvény rendelkezései szerint a helyi önkormányzat ellátásért felelősnek minősül.

2. számú melléklet: A mélyinterjú kérdései, az interjúalanyok titulusa, az interjú készítésének ideje

A mélyinterjú kérdései

1. Az Ön által irányított intézmény/szervezeti egység keretein belül milyen személyes motivációk mentén végezte/végzi a munkáját?
2. Az Ön meglátása szerint milyen mértékben és módon határozta/határozza meg az adott szakterületen kifejtett munkáját az országos közpolitika?
3. Az Ön meglátása szerint milyen mértékben és módon határozta/határozza meg az adott szakterületen kifejtett munkáját a helyi politika?
4. Az Ön meglátása szerint milyen mértékben és módon volt/van lehetőség az adott szakterületen kifejtett munkája során a szakmai elvárások megvalósítására?
5. Az adott szakterületen végzett munkája tekintetében mely elért szakmai sikerekre, eredményekre a legbüszkébb?
6. Az Ön meglátása szerint az adott szakterületen melyek (voltak) a helyi győri sajátosságok?
7. Az Ön meglátása szerint melyek (voltak) az adott szakterületen folyó munka erősségei?
8. Az Ön meglátása szerint melyek (voltak) az adott szakterületen folyó munka gyengeségei?
9. Az Ön meglátása szerint melyek (voltak) az adott szakterületen folyó munka fejlődési lehetőségei, irányai?
10. Az Ön meglátása szerint az adott szakterület szolgáltatásszervezési modelljének melyek a legfontosabb kulcstényezői?
11. Az Ön meglátása szerint az adott szakterületen folyó munka során melyek (voltak) a legnagyobb kihívások?

Az interjúalanyok titulusa és az interjú készítésének dátuma

1. egykori osztályvezető, Győr MJV Polgármesteri Hivatala, Népjóléti Osztály – 2021. július 7.
2. osztályvezető, Győr MJV Polgármesteri Hivatala, Népjóléti Osztály – 2021. július 6.
3. igazgató, Család- és Gyermekjóléti Központ Győr – 2021. július 5.
4. egykori igazgató, Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr – július 16.
5. igazgató, Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr – 2021. július 9.
6. WHO koordinátor, Győr MJV Polgármesteri Hivatala – 2021. július 6.

7. vezető, Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr, Területi Gondozó Szolgálat – 2021. július 13.
8. egykori általános igazgatóhelyettes – Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr – 2021. július 18.
9. intézményvezető, Hajléktalanokat Segítő Szolgálat – 2021. július 29.
10. egykori intézményvezető, Hajléktalanokat Segítő Szolgálat – 2021. július 9.