

Laczkovits-Takács Tímea

Győr humánszolgáltatási modelljének egészségügyi pillére 1990-től napjainkig

The Health Pillar of Human Services in the City of Győr from 1990 to Date



Összefoglalás

Győr város humánszolgáltatási modelljének egyik fontos pillére az egészségügyi feladatok ellátása. A tanulmány Győr Megyei Jogú Város példáján vizsgálja a helyi egészségügyi ellátórendszer 1990 utáni változásait, helyi működési sajátosságait, szervezeti kereteit, az egészségügyi ellátások szervezésének módját. A szerző kutatásának középpontjában a helyi önkormányzat áll, az önkormányzat szerepvállalását vizsgálja az egészségügyi alapellátás területén, azonosítva a helyi jó gyakorlatokat, melyek Győrben hozzájárultak a mai magas színvonalú feladatellátáshoz.

Journal of Economic Literature (JEL) kódok: H75, I15, I18, I19

Kulcsszavak: humánszolgáltatási modell, egészségügyi ellátás, egészségügyi alapellátás, helyi közszolgáltatások szervezése

Summary

Health services constitute an important pillar in the human services provided in the city of Győr. In this paper I analyse the changes, characteristics and institutional framework of the local healthcare system and the practice of health services in Győr since 1990. My research focuses on the local government and its involvement in local

LACZKOVITS-TAKÁCS TÍMEA, PhD-hallgató, Széchenyi István Egyetem, Regionális- és Gazdaságtudományi Doktori Iskola (takacs.timea@sze.hu).

healthcare, and I identify the good local practices that contribute to the current high-quality of services.

Journal of Economic Literature (JEL) codes: H75, I15, I18, I19

Keywords: human services, healthcare, fundamental services, organization of local public services

BEVEZETÉS

Győr Megyei Jogú Város általam felvázolt humánszolgáltatási modelljének négy meghatározó eleme van. Az egyik elem a szociálpolitika, az önkormányzat által ellátott kötelező és önként vállalt feladatok összessége a helyi szociális ellátórendszer keretén belül. A szociálpolitikai pillérhez szorosan kapcsolódva, a modell másik területe a lakásügy, mely többek között kiterjed az önkormányzati tulajdonban lévő lakások hasznosítására, illetve lakáscélú támogatások biztosítására. A harmadik meghatározó elem az egészségügyi alapellátás körébe tartozó önkormányzati feladatok biztosítása, mellyel a tanulmány részletesen foglalkozik. A helyi egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolódva azonosíthatjuk be a negyedik pillért, az Egészséges Városok Program keretében nyújtott szolgáltatásokat, kezdeményezéseket, melyet a győri önkormányzat önként vállalt feladatként lát el.

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLTATÁSOK MAGYARORSZÁGON

Az egészségügyi közszolgáltatásokat a humán közszolgáltatások keretein belül tudjuk elhelyezni, melyek a közszolgáltatások többi típusához hasonlóan közhatalmilag (az állam és az önkormányzat által) meghatározottak, ugyanis olyan feladatok ellátásáról van itt szó, melyek közösségi szervezést igényelnek, és társadalmi közös szükségletek kielégítését szolgálják (Horváth, 2002). Az egészségügyi viszonyok, egészségügyi ágazat „közhatalmi meghatározottsága”, az állami befolyásolás jelenléte hosszú múltra vezethető vissza, ugyanis már a 17–18. századtól kezdve az állam saját feladatának tekinti a közegészségügyi viszonyok kézben tartását, majd a 20. században az állam a legnagyobb egészségügyi szolgáltatóvá válik (Nagy, 2004). Sajátosságként említhető, hogy az állami befolyásolás mértéke és intenzitása más ágazatokhoz képest erősebb lehet, amit az egészségügyi tevékenység jellege indokolhat, továbbá az egyenlő hozzáférhetőség követelménye is.

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 egészségbiztosítási rendszer, és egyúttal kiszélesedett azoknak a köre, akik szolgáltatóként részt vehetnek az egészségügyi ellátásban. A finanszírozás alapját az új rendszerben a társadalombiztosítás jelentet-

te. Azonban miként a győri egészségügyi feladatellátásban jellemző, egyes feladatok ellátása során inkább kettős finanszírozásról beszélhetünk. Mindez azt jelenti, hogy a finanszírozói szerepkörben egyrészt az államháztartás központi alrendszerének részeként megjelenik 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 humánszolgáltatások egészségügyi ágazatát sem kerülte el a piacositás, 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, melyben a társadalmi igényekre való érzékenyebb reagálást a pluralizáció és a verseny biztosításával kívánták elérni (Horváth, 2005). Előtérbe került a piaci viszonyokból ismert követelmények (teljesítmény és hatékonyság mérése, fogyasztói orientáció, a választás lehetővé tétele) érvényesülése, melyeknek gyakorlati megvalósulása a háziorvos és házi gyermekorvos szabad megválasztásának bevezetésében, a fogorvosválasztás teljes szabadságában, valamint a vállalkozó orvosok részére történő, szektorális hovatarozástól függetlenül elismert jogosultságban lelhető fel (Horváth, 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 az utalványrendszert bevezették, 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 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.

Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény települési szinten az önkormányzat kötelezően ellátandó feladatainak körébe sorolja az egészségügyi alapellátás biztosítását, mint helyben biztosítható közfeladatot. A ko-

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

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 (fogászatiröntgen-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 város gazdasági erősödésének hatása a humánszolgáltatásokra

A győri humánszolgáltatások magas színvonalon való ellátásának kulcseleme a város erős gazdasági bázisa. Győr az elmúlt időszakban számos tudományos kutatás témája volt. A Győri Járműipari Körzet című kutatás keretében elméleti és gyakorlati úton is feltérképezték, hogy egy dinamikusan fejlődő szektor, Győr esetében a járműipar milyen hatással van a városra. A kutatás többek között kiemelten foglalkozott a város jövőjét alakító kezdeményezésekkel, valamint a Győri Járműipari Körzet vállalkozásainak, illetve a helyi gazdaság együttműködési rendszereinek vizsgálatával (Fekete, 2014). Területi tőkével kapcsolatos kutatásokban is felbukkant Győr az elmúlt években, mely kutatások szintén alátámasztották azt a megállapítást, hogy a helyi gazdaság együttműködési rendszerei nagyban hozzájárulnak a város gazdaságának fejlődéséhez (Czakó–Dőry, 2016). Szintén a területi tőke elméletére építve mutatja be Rechnitzer a város fejlődésének szakaszait, valamint a gazdasági, a kulturális és a társadalmi tőke helyi sajátosságait (Rechnitzer, 2016). Az együttműködés, melynek feltételrendszerét a város koordinálja, kiemelt eleme a Győri Modellnek (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. A gazdaságfejlesztési tevékenységet folytató szervezetek gazdasági fejlődéshez való hozzájárulását további vizsgálatok is megerősítették (Reisinger et al., 2017). A Győri Együttműködési Modell legújabb vizsgálata

kiemelte, hogy a modell szereplőinek szoros együttműködése növeli nemcsak a város, hanem a régió versenyképességét, és hozzájárul az infrastruktúra fejlődéséhez (Fekete, 2018a). A Győrben zajló folyamatok további vizsgálatai a gazdasági kormányzás felé való elmozdulást emelték ki, annak helyi eszközeinek, legfontosabb jellemzőinek elemzése során (Fekete, 2018b). A városkérdés és a módosult állami szerepfelfogás kutatása Győr példáján szintén izgalmas témaköre volt az elmúlt időszak tudományos vizsgálódásainak (Somlyódyné, 2014).

A humánszolgáltatásokhoz szorosan kapcsolódó témák győri vonatkozása is a tudományos érdeklődés középpontjában állt az elmúlt években. Feltérképezték az alapvető emberi szükségletek érvényesülését, megjelenését, kielégítettségét, valamint beazonosították az alapvető értékpreferenciákat a győri lakosság vonatkozásában, melyek a győri humánszolgáltatást nyújtó szociális és egészségügyi intézmények számára is irányt tudnak mutatni arra vonatkozóan, hogy ezen intézmények milyen válaszokat adjanak a szükségletek alakulására (Nárai, 2014a). Az alapvető szükségletek mellett további kutatás érintette a győriek magasabb rendű aktivitási szükségleteit is (Nárai, 2014b). 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). A helyi együttműködések mélyreható feldolgozására nemcsak a gazdasági szektor kapcsán került sor, hanem a szociális szolgáltatásokban folyó tevékenység egyik építőköveként is izgalmas vizsgálódások középpontjába került e terület (Budai, 2014). A városi együttműködések mellett a kutatások a győri várostérség szociális együttműködéseivel (Budai–Puli, 2014), illetve a szociális intézményrendszer szereplőinek hálózati struktúrájával, belső – egymás közti – kifelé irányuló együttműködési kapcsolataival (Csizmadia, 2014) is kiemelten foglalkoztak.

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 problémáikra lakóhelyükön, illetve otthonukban nyújt orvosi ellátást, az egészségmegőrzés, a megelőzés, az ápolás, a gyógykezelés és az orvosi rehabilitáció tekintetében.¹ 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 egy rendelőben váltott műszakban 2 orvos dolgozott, és csupán 9 körzeti orvosnak volt külön rendelője. Az egy körzetre jutó átlagos lélekszám 2187 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

gyermek gondozását és a prevenció feladatokat látták el. Egy gyermekkörzethez tartozó 0–14 éves korú gyermekek száma 700 és 1500 fő között mozgott. Míg a gyermekközeti 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 prevenció feladatokat ellátva.

A *fogorvosi szolgálat* szervezése már Győr város közigazgatási határain túlra is kiterjedte hatását, ugyanis a város és városkörnyék egy részének fogászati alapellátását együttesen, integrált rendszerben szervezték. 51 fogorvosi állásból 12 fogorvos a városkörnyéket látta el, továbbá sajátosság, hogy 2 fő a textilüzemi rendelőben, míg 4 fő a vagongyári rendelőben dolgozott.

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 dezintegráció² keretében az egészségügyi alapellátást leválasztották a Petz Aladár Megyei Kórházról, vagyis a kórház keretén belül, 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 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 szakterületeket látta el.³ Az intézmény önálló gazdálkodási és bér-gazdálkodási 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 ezer forint feletti műszerek biztosítása az önkormányzat feladata volt.⁴ 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.⁵ A két intézmény együttműködésének a legfontosabb célja az volt, hogy a hatékony, szakszerű és észszerűen takarékos intézményi gazdálkodás szervezeti feltételeit megteremtse.

A szervezeti keretek további változására 2004. december 31. után került sor, amikor is az Egészségügyi Alapellátás intézménye megszűnt, és az integráció keretében jogutódintézményként az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény (a továbbiakban

EESZI) látta el a városi egészségügyi alapellátás feladatait.⁶ A szervezeti keretek 2005 óta nem változtak, így az egészségügyi alapellátás feladatainak ellátására a szociális feladatok biztosítása mellett jelenleg is az EESZI keretében kerül sor.

Felnőtt háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás

Az 1992. évi dezintegráció egyúttal egybeesett az egészségügyi rendszerváltás első lépésőjének bevezetésével, mely azt jelentette, hogy július elsejétől a felnőtt háziorvosok és a házi gyermekorvosok munkájukat kétféle minőségben láthatták el, alkalmazottként vagy vállalkozóként, a többi önkormányzati alapellátási feladat során erre (egyelőre) nem volt 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.⁷ 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, helyettesítési kötelezettséget és ügyeletben való részvételt vállalt, „ellentételezésként” pedig az önkormányzat bérleti díj nélkül bocsátotta 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 többléttámogatásként 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, a működés során gazdaságilag kevésbé 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 műszerfejlesztését, majd 1992-ben további 13 millió forintot biztosított a feladatok ellátásához.⁸ Az önkormányzat és a vállalkozó háziorvos között megkötött szerződésekben kiemelték, hogy a rendelő használatára vonatkozó megállapodás határozatlan időtartamú, azonban az önkormányzat többléttámogatására, 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.⁹ A vállalkozó háziorvosok támogatásában 2016-ban történt változás, amikor az állam a praxisfinanszírozásokon túl a területi ellátási kötelezettségű háziorvosi szolgáltatásokat, visszamenőlegesen január 1-jétől, az addigi havi 130 000 forint összegű rezsitámogatás helyett havonta 260 000 forint összegű rezsitámogatással is segíti.¹⁰ 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 adó alóli mentességben részesíti a 20 millió forintot el nem érő iparűzési adóalappal rendelkező házi orvosokat.¹¹ 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 rendelőt¹² adtak át, a rendelők számának növelése érdekében három, korábban más funkciót betöltő épületet alakítottak át,¹³ teljes felújításra három telephelyen került sor,¹⁴ továbbá korszerűsítették három rendelő épületét.¹⁵ 2004 novemberében a Babits Mihály úti rendelő kivételével mindenhol teljesíteni tudták a fejlesztések révén az „egy rendelő, egy orvos” elvet.¹⁶ A felújítási program indításakor fontos törekvés volt, hogy az átalakítás után valamennyi győri polgár egyenlő eséllyel juthasson be a rendelőkbe, ennek érdekében négy helyszínen liftet is beépítettek. A rendelők épületének felújítása azonban itt nem állt meg, a következő években is nagy lendülettel folytatódott, 2008 és 2018 között például 26 orvosi rendelő újult meg.

A megváltozott jogszabályi környezet következtében a győri közgyűlés még 2002-ben lehetővé tette, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, az önkormányzattal megbízási szerződést kötött házi orvosok számára térítéssel, praxisonként 5000 forintért tulajdonba adja a működést szolgáló eszközöket, berendezéseket, melyeket korábban a szerződésben foglaltak szerint az önkormányzat térítés nélkül adott használatba a vállalkozó orvosoknak.¹⁷ Az önkormányzat által biztosított, rendkívül kedvező lehetőséggel valamennyi orvos élt, aki megfelelt a feltételeknek. E tulajdonosváltásnak és az önkormányzat rendelőfelújítással kapcsolatos filozófiájának köszönhetően jelentős mértékben megnövekedett a házi orvosok 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 házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok működésének területi határait az önkormányzat, a jogszabályi változásoknak eleget téve, önkormányzati rendelet formájában szabályozta és szabályozza jelenleg is, meghatározva a Győr város területén területi ellátási kötelezettséggel működő házi orvosi felnőtt, házi gyermekorvosi és alapellátást végző fogorvosi szolgálatok számát, továbbá mindhárom szolgálat esetében a körzetek pontos lehatárolását.¹⁸ A jelenleg is hatályban lévő, de többször módosított rendelet az eredeti, 2002. évihez képest már a védőnői körzetek meghatározását is tartalmazta.¹⁹ A rendeletet az eddigi gyakorlat alapján minden évben módosították, többnyire a magasabb jogszabályok változása, az új lakóutcák létesülése és a védőnői körzetekben, valamint az iskolákban folyamatosan változó létszám miatt. Győr város területén jelenleg 53 felnőtt házi orvosi és 26 házi gyermekorvosi szolgálat látja el területi ellátási kötelezettséggel az egészségügyi alapellátási feladatokat.

Fogorvosi alapellátás

A fogorvosokat érintő változások Győr városában rendre többéves késéssel zajlottak le a házi orvosi változásokhoz képest. 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 a feladatukat. Míg a háziiorvosi szolgálatnál bevezették a teljesítménybérezés első lépcsőjét, a „kártyapénzt”, addig a fogorvosok és fogászati asszisztensek alacsony bére feszültséget okozott az 1990-es években.²⁰

Egy 1995-ös közgyűlési határozat szerint az önkormányzat az adott évben úgy döntött, hogy a fogorvosi szolgálatát az alábbiak szerint kívánja működtetni: 16 felnőtt praxis fenntartása (melyeket funkcionális privatizációra alkalmasnak ítélt meg), illetve 16 praxisban közalkalmazottak dolgoznának továbbra is (12 gyermek-ifjúsági, 3 fogszabályozó és 1 ügyeleti praxis).²¹ Szakmailag ezekben az években indokoltnak tartották a fogászati szolgálat ilyen formában történő biztosítását, ugyanis így a kiemelten kezelendő korosztály ellátása egy kézben maradt, és áttekinthető, ellenőrizhető volt. A tanuló ifjúság fogorvosi ellátása továbbra is elsődleges szempont maradt, így 6 fő-foglalkozású 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.²² 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.²³ 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, térítésmentesen a megbízott rendelkezésére bocsátja, 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, hótakarítás, 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 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 feladatává.

Győr város fogászati alapellátását 1998-ban, a nagy horderejű változások kapcsán áttekintették, ekkor közel 8 ezer gyermek ellátását kifejezetten iskolafogászati ellátásra kialakított négy fogászati praxis látta el,²⁴ a többi, több mint 26 ezer gyermek ellátását pedig vegyes körzetek biztosították. Azonban az iskolafogászati szolgálatok működtetéséhez fogorvost csak nagyon 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.²⁵ A vegyes praxisok mellett még 1 fogszabályozási praxis is működött.²⁶

A 2000-es év fontos változása volt, hogy megváltozott Győr város ellátási területe, hiszen 9 település²⁷ már nem a várossal végeztette el ezentúl a fogorvosi alapellátását, amely feladatot a város közel 10 évig ellátott.²⁸ A lecsökkent lakosság, 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 körzetei kialakítására (a háziorvosi szolgálattal együtt) 2002-ben került sor 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 használati értéken az utóbbi tárgyi eszközök is megvásárolhatók legyenek.²⁹ A háziorvosi rendelőkhoz 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” elv a fogorvosi alapellátásban is megvalósult. Jelenleg 26 fogorvos nyújtja Győr város lakosságának a fogorvosi alapellátási feladatot.

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 prevenció asszisztens munkája szorosan kapcsolódik a védőnői szolgálathoz, és óvodás-, valamint iskoláskorú 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 vá-

randós 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 újszülöttkortól a tanulói jogviszony megkezdéséig, illetve az oktatási intézménybe nem járó, otthon ápolt tanköteles korú gyermekek gondozása.

Az 1990-es években lezajlott változások keretében a védőnői szolgálat is, mely Győrben az egyik legradicionálisabb szolgáltatásnak 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.³⁰ 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 körzet alakult a területi védőnői feladatok ellátására, illetve 21 iskolai védőnői helyet alakítottak ki. Ezzel szemben 2018-ban 40 védőnő dolgozik a városban területi ellátási kötelezettséggel, 20 védőnő pedig az iskolákban.

A finanszírozás tekintetében a védőnők a mai napig közalkalmazotti formában végzik munkájukat, bár 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-egészségügyi ellátás két területre bontható: míg az egyik „ága” az óvoda 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.³¹ A teljesség kedvéért szeretném megjegyezni, hogy az iskola-egészségügyi feladatok ellátásában az iskolaorvosok mellett fontos feladatot láttak el a fogorvosok (iskolafogászat) 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 hároméves fejlesztési programot dolgozott ki a személyi és tárgyi feltételek teljes körű biztosítása érdeké-

ben, továbbá előírányozta az iskola-fogászat hatékonyabb megoldásainak kidolgozását, hangsúlyozta az iskola-egészségügyi feladatok koordinálásának szükségességét, és indokoltan tartotta az iskola-egészségügyben dolgozók fokozottabb anyagi megbecsülését.³² A fejlesztési terv az első évre előírányozta, 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 mindenkorinormatív finanszírozás összegével egyezzen meg.³³ 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 házi-orvosi, 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.³⁴ 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 ügyelet 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 működik.³⁵ A vidéki ügyelet és házi-orvosi, 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 házi-orvosi központi ügyeleti szolgálatot a Győri Házi-orvosok Ügyelete Betegellátó Egészségügyi Közhasznú Társasággal kötött ellátási szerződés alapján működtette az önkormányzat.³⁶

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.³⁷ Ennek megfelelően 1997. november 1-jétől 19 óra és reggel 7 óra között működtette az önkormányzat a fogászati ügyeleti ellátást.³⁸ A fogorvosok kezdeményezésére 2000-ben átgondolták az ügyelet kérdését, 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 és 24 óra között), hétvégén és ünnepnapokon napi 6 órás (8 és 11 és 20 és 23 óra között) ügyeleti szolgáltatást tart fenn.³⁹ 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 órára csökkentette, mindezt a gyakorlati tapasztalatok indokolták.⁴⁰

Szakellátások

Győr város önkormányzata a kötelező egészségügyi alapellátások szervezésén túl önként vállalta két szakellátási feladat működtetését. 1997-ben az önkormányzat két fogszabályozó szakfeladatra, illetve öt fogászati röntgentevékenységre rendelkeztetett szerződéssel. A következő évben úgy döntött a város közgyűlése, hogy lehetővé teszi a *fogszabályozási szakellátás* funkcionális privatizációját (a fogászati alapellátással párhuzamosan).⁴¹ A fogszabályozási szakellátást nyújtó vállalkozás vállalta a vállalkozási szerződés mellékletében rögzített terület lakosságának fogszabályozási szakellátását, szűrését. A fogorvosi praxisokhoz hasonlóan, ezen szakellátás tekintetében is vállalta az önkormányzat a rendelőhelyiség 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 *fogászatiröntgen-szakellátás* tekintetében úgy döntött az önkormányzat, hogy 2001. április 1-jétől a korábbi öt praxis helyett csupán 3 működjön⁴² tovább heti 90 órában, ugyanis az öt fogászati röntgen kapacitáskihasználása három év átlagában 21%-os volt.⁴³ A privatizáció lehetőségét 2001-ben teremtette meg az önkormányzat,⁴⁴ amikor feladatellátási szerződést kötött, melyben az önkormányzat vállalta, hogy a fogröntgenrendelőket működésre alkalmas állapotban a megbízott rendelkezésére bocsátja, melynek karbantartásáról a megbízott gondoskodik, továbbá a rendelő használatáért bérleti díjat köteles fizetni.⁴⁵ A fogászati röntgen helyiségei, valamint a hozzá tartozó közös helyiségek és annak felszerelése és működtetése során felmerülő költségeket – közüzemi díjak, takarítás, hőeltakarítás, telefonjavítás – az önkormányzat részarányosan kiszámlázza, a tárgyi eszközöket, gépeket, műszereket, berendezési tárgyakat térítés ellenében átadja.

ÖSSZEGRÉS

Az egészségügyi alapellátás megszervezése természetesen nem térhet el a jogszabályok által meghatározott feltételektől, de az intézményes keretek, az ellátások közötti kapcsolat és együttműködés kialakításában, az önkormányzat szerepvállalásának mértékében különbségek vannak az egyes települések között. Győr város egészségügyi alapellátásának helyi rendszere jó példa minderre. Az esettanulmány vizsgálódásai 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 feltételeihez. 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 több mint egy évtizedes múltra tekint vissza, és meghatározó szereplője a győri humánszolgáltatási modellnek és az ahhoz kapcsolódó együttműködéseknek.

A tanulmány rámutatott 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 széles körű 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 vállalt. Helyi sajátosságként értékelhető tehát a város önként vállalt feladatellátása a fogszabályozás és fogrontgenellátás 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.

Kutatásaim későbbi fázisában szeretném a győri humánszolgáltatási modellt tágabb kontextusban is elhelyezni az összehasonlíthatóság érdekében, más hazai és külföldi városok vizsgálata tükrében. A további jó gyakorlatok, a kapcsolódási pontok, az eltérő szolgáltatásszervezési megoldások hozzájárulhatnak a győri modell továbbfejlesztéséhez is.

J E G Y Z E T E K

- ¹ 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).
- ² Az egészségügyben lezajló folyamatot a győri közgyűlés elé kerülő anyagokban dezintegrációként fogalmazták meg.
- ³ 41/1992. (IV. 30.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr Megyei Jogú Város Egészségügyi Alapellátása tárgyában intézmény alapítására és ápolási vezetői állás betöltésére.
- ⁴ Győr MJV Kgy. előterjesztés (1993) – Beszámoló az Egészségügyi Alapellátás 1992. éves munkájáról – A polgármester előterjesztése – 1993. I.14-ei közgyűlésre.
- ⁵ 408/2000. (XII. 21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás működtetésére.
- ⁶ 475/2004. (XI. 25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás gazdaságosabb és hatékonyabb működtetésére.
- ⁷ 116/1993. (VII. 1.) GYŐR MJV Kgy. határozat – Az egészségügyi alapellátás új társadalombiztosítási finanszírozása, azok következményei. Javaslat a felmerülő problémák feloldására.
- ⁸ Uo.
- ⁹ 105/1995. (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.
- ¹⁰ 195/2016. (XI. 25.) GYŐR MJV Kgy. határozat – Javaslat Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó vállalkozások között kötött szerződések felülvizsgálatára.
- ¹¹ 211/2015. (XI. 13.) GYŐR MJV Kgy. határozat – Javaslat a helyi adórendeletek felülvizsgálatára.
- ¹² Mécs L. utca, Kinizsi utca, Radnóti utca, Zúgó utca.
- ¹³ Sport utca, Jereváni utca, Szent László utca.
- ¹⁴ Kőr tér, Kölcsey utca, Horgas utca, József Attila utca, Liezen-Mayer utca.
- ¹⁵ Sugár út, Kultúrház út, Köztelek út.
- ¹⁶ 475/2004. (XI. 25.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az egészségügyi alapellátás gazdaságosabb és hatékonyabb működtetésére.
- ¹⁷ 178/2002. (VI. 6.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata, valamint a vállalkozó háziorvos és fogorvos között kötött megbízási szerződés módosítására.
- ¹⁸ 16/2002. (VII. 5.) GYMJVÖ. rendelet – Győr város területén háziorvosi, fogorvosi alapellátási körzeteinek kialakításáról.
- ¹⁹ 22/2005. (V. 10.) GYMJVÖ. rendelet – Győr város területén egészségügyi alapellátási szolgálatok körzeteinek kialakításáról.
- ²⁰ Győr MJV Kgy. előterjesztés (1993) – Beszámoló az Egészségügyi Alapellátás 1992. éves munkájáról – A polgármester előterjesztése – 1993. I. 14-ei közgyűlésre.
- ²¹ 320/1995. (XII. 21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás működésének biztosítására.
- ²² 81/1997. (III. 20.) Kgy. sz. határozat – Tájékoztató Győr város fogorvosi ellátásának helyzetéről.
- ²³ 231/1998. (VII. 2.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Győr város fogorvosi ellátása és a privatizáció lehetősége.
- ²⁴ Arany János Általános Iskola, Ortutay Gyula Általános Iskola, Kölcsey utcai rendelő, Radnóti utcai rendelő.
- ²⁵ 400/1999. (X. 7.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Fogorvosi szolgálatok területi felosztásának áttekintése.
- ²⁶ 460/1999. (XI. 18.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – A Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata, valamint a vállalkozó háziorvos és vállalkozó fogorvos között kötött megállapodás felülvizsgálatára.
- ²⁷ Felpéc, Sokorópátka, Kajárpéc, Győrszemere, Rábapatonna, Ikrény, Tényő, Abda, Börcs.
- ²⁸ 408/2000. (XII. 21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás működtetésére.
- ²⁹ 137/2003. (V. 15.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat háziorvosi és fogászati eszközök értékesítésére.
- ³⁰ 320/1995. (XII. 21.) GYŐR MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás működésének biztosítására.
- ³¹ Uo.

- ³² 221/1999. (VI. 17.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Az iskola-egészségügyi ellátás helyzete a Győr nevelési, oktatási intézményeiben.
- ³³ 466/1999. (XI. 18.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – 3 éves fejlesztési terv az iskola-egészségügyi ellátás személyi és tárgyi feltételeinek teljes körű biztosítására.
- ³⁴ Győr MJV Kgy. előterjesztés (1993) – Beszámoló az Egészségügyi Alapellátás 1992. éves munkájáról – A polgármester előterjesztése – 1993. I. 14-ei közgyűlésre.
- ³⁵ 425/2003. (XI. 20.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a háziorvosi ügyeleti szolgálat egészségügyi ellátási szerződés alapján történő működtetésére.
- ³⁶ 75/2004. (III. 25.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a háziorvosi ügyeleti szolgálat egészségügyi ellátási szerződés alapján történő működtetésére.
- ³⁷ 81/1997. (III. 20.) Kgy. sz. határozat – Tájékoztató Győr város fogorvosi ellátásának helyzetéről.
- ³⁸ 231/1998. (VII. 2.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Győr város fogorvosi ellátása és a privatizáció lehetősége.
- ³⁹ 27/2000. (II. 10.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a fogorvosi ügyelet átszervezésére.
- ⁴⁰ 438/2008. (XII. 18.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a fogorvosi ügyeleti szolgálat átszervezésére.
- ⁴¹ 231/1998. (VII. 2.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Győr város fogorvosi ellátása és a privatizáció lehetősége.
- ⁴² Tihanyi Árpád úton, Árpád úton, Mécs László úton.
- ⁴³ 409/2000. (XII. 21.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Fogorvosi alapellátás áttekintése.
- ⁴⁴ 446/2001. (XII. 20.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat az Egészségügyi Alapellátás gazdaságosabb és hatékonyabb működtetésére.
- ⁴⁵ 147/2002. (V. 16.) Győr MJV Kgy. sz. határozat – Javaslat a fogászati röntgen szakellátás feladatellátási szerződés alapján történő működtetésére.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Budai István (2014): Az együttműködés mint a szociális szolgáltatásokban folyó tevékenység egyik építőköve. In: Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 230–244.
- Budai István – Puli Edit (2014): Az együttműködés vizsgálata a szociális szolgáltatásokban. Az altéma-kutatás eredményeinek összegzése. In: Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 272–290.
- Czakó Katalin – Dőry Tibor (2016): A területi tőke koncepciója és a városi vállalkozáskutatás. *Tér és Társadalom*, 30. évf., 1. sz., 18–36., <https://doi.org/10.17649/tet.1.1.2699>.
- Csizmadia Zoltán (2014): A szociális intézményrendszer szereplőinek hálózati struktúrája. In: Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 245–271.
- 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 (2018a): Latest Results of the Győr Cooperation Model. *Civic Review*, Vol. 14, Special Issue, 195–209, <https://doi.org/10.24307/psz.2018.0413>.
- Fekete, Dávid (2018b): Economic Development and Economic Governance Through the Example of the City of Győr. *Deturope*, Vol. 10, No. 1, 97–115.
- Fónai Mihály (2014): Az egészségügyi ellátás szervezése. In: Horváth M. Tamás – Bartha Ildikó (szerk.): *Gyűrűk és sugarak. Mit nyújt egy magyar város? Dialóg Campus*, Budapest–Pécs, 75–89.
- Forgács Iván (2001): A magyar egészségügy dilemmája. In: Glatz Ferenc (szerk.): *Egészségügy Magyarországon*. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 61–87.
- Hoffman István – Linder Viktória (2016): Az állam kiterjedése: az egészségügyben. In: Horváth M. Tamás – Bartha Ildikó (szerk.): *Közszolgáltatások megszervezése és politikái. Merre tartanak? Dialóg Campus Kiadó*, Budapest–Pécs, 401–487.

- Horváth M. Tamás (2002): *Helyi közszolgáltatások szervezése*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs.
- Horváth M. Tamás (2005): *Közmenedzsment*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs.
- Kovácsné Tóth Ágnes (2014): A lakosság egészségi állapotának és egészségtudatosságának néhány jellemzője. In: Csizmadia Zoltán – Tóth Péter (szerk.): *A helyi társadalom és intézményrendszer Győrben*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 201–216.
- Lentner Csaba (2018): *Kormányzati és közigazgatási feladatok közgazdasági és közpénzügyi megalapozása*. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest.
- Nagy Marianna (2004): Egészségügyi igazgatás. In: Ficzer Lajos – Forgács Imre (szerk.): *Magyar közigazgatási jog. Különös rész európai uniós kitekintéssel*. Osiris Kiadó, Budapest, 263–279.
- Nárai Márta (2014a): Humán szükségletek alakulása Győrben I. Alapszükségletek. In: 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. In: 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.
- Ráczné Németh Teodóra (szerk.) (2005): *25 év története. Visszaemlékezések, gondolatok, kezdeményezések, új módok az idős, fogyatékos- és egészségügyi ellátásban*. Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézménye, Győr.
- Rechnitzer János (2016): *A területi tőke a városfejlődésben*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs.
- Rechnitzer János – Kecskés Petra – Reisinger Adrienn (2016): A Győri Modell – Az Egyetem, az ipar és a város együttműködési dimenziói. In: Lengyel Imre – Nagy Benedek (szerk.): *Térségek versenyképessége, intelligens szakosodása és újraiparosodása*. JATE Press Kiadó, Szeged, 225–239.
- Reisinger Adrienn – Kecskés Petra – Czakó Katalin (2017): Services of Economic Development Organisations in Győr. *Deturope*, Vol. 9, No. 3, 85–100.
- Somlyódyne Pfeil Edit (2014): A városkérdés a módosult állami szerepfelfogás keretei között. In: Hardi Tamás – Somlyódyne Pfeil Edit (szerk.): *Városfejlődési trendek és állami szerepek*. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 103–111.