

**SZÉKESFEHÉRVÁR MEGYEI JOGÚ VÁROS
ÖNKORMÁNYZATÁNAK
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVE**

2019-2024

2018.

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	3
1. Helyzetleírás – az előkészítő elemzések eredményeinek rövid bemutatása	4
1.1. A 2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Tervben előirányzott intézkedések megvalósulása.....	4
1.2. Az előkészítő elemzések eredményeinek rövid összegzése	10
2. Az Egészségfejlesztési Terv koncepcionális és stratégiai alapjai	19
2.1. Agenda 2030 – a Fenntartható Fejlődés Keretrendszere.....	19
2.2. WHO Egészséges Városok VI. munkaciklusának prioritásai	20
2.3. Egészség 2020 – az Egészségügyi Világszervezet európai egészségstratégiája	21
2.4. Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégiája	21
2.5. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája (2014-2020).....	22
2.6. Kégl György Városi Egészségügyi Program	23
3. Az Egészségfejlesztési Terv általános keretrendszere	24
3.1. Az Egészségfejlesztési Terv céljai	24
3.2. Az Egészségfejlesztési Terv megvalósításának módszere – a szintérmegközelítés.....	25
3.3. Az Egészségfejlesztési Terv értékei és alapelvei	26
4. Az Egészségfejlesztési Terv javasolt intézkedései.....	27
4.1. A multiszektorális együttműködés megvalósítása	28
4.2. Egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése	28
4.3. A közösségi részvétel erősítése az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységek területein.....	29
4.4. Az egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot elérése érdekében	29
4.5. Az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása	30
4.6. Környezet-egészségi kockázatok csökkentése	31
5. Minőségfejlesztés	31
Záró gondolatok	32
1. számú függelék: <i>Székesfehérvár MJV állapotfelmérése a WHO Egészséges Városok indikátorrendszer alkalmazásával</i>	33
1. <i>Mortalitási és morbiditási mutatók</i>	35
2. <i>Az egészségi és egészségügyi ellátórendszer humán-erőforrás kapacitásainak mutatói.....</i>	43
3. <i>A környezet-egészségi kockázatok mutatói.....</i>	46
4. <i>Az egészség társadalmi meghatározó tényezőire vonatkozó mutatók</i>	57
2. számú függelék: <i>Székesfehérvár MJV stratégiai dokumentumainak elemzése a helyi egészségközpontú közpolitika kialakításának elősegítése érdekében</i>	64
<i>Az attribúció-analízis eredmények összefoglalása</i>	67

Bevezetés

Székesfehérvár városa a 2011. és 2016. évek között, az ezen időszakra érvényes Egészségfejlesztési Terv megvalósításával a magyarországi települések viszonylatában élenjáró feladatvállalást tett, és példamutató munkát végzett. Bizonyítják mindezt egyrészt az említett időszak hatásvizsgálatainak eredményei, másrészt az a döntés – és egyben szakmai elismerés –, amelynek értelmében 2017 márciusában Székesfehérvár városa a WHO Európai Egészséges Városok Hálózat projektvárosává vált.

A projektvárosi helyzet számos új lehetőséget biztosít a nemzetközi szakmai kapcsolatrendszerben rejlő támogatás kihasználására, a legfrissebb tudományos eredményekhez való hozzáférésre, a más városokkal történő tapasztalatcserére és a jó gyakorlatok megismerésére. Mindezek az együttműködések során megszerezhető ismeretek Székesfehérvár város lakói számára jelenthetnek olyan előnyöket, amelyek az egészség megőrzését, az életminőség javítását, valamint az egészséges városi környezet kialakítását célzó helyi kezdeményezésekkel járulhatnak hozzá a helyi közösség fejlődéséhez.

Az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének tagvárosaként Székesfehérvár városa a helyi egészségfejlesztési tervezésnek és az ez alapján végzett közösségi egészségvédelmi tevékenységnek prioritásként történő kezelésével olyan önkéntes feladatvállalást valósított meg, amely a jogszabályi környezet idő közben bekövetkezett változása miatt a megyei jogú városok számára már kötelezettség. Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152/B. §-a a feladat elvégzését írja elő. Ily módon a jelenlegi, 2019-2024 időszakra érvényes Egészségfejlesztési Terv egyrészt a helyi munka továbbfolytatását, másrészt az aktuális jogszabályi rendelkezéseknek való megfelelést egyaránt jelenti.

A helyi egészségfejlesztési tevékenységek elvégzése során összegyűjtött eddigi tapasztalatok meghatározó alapként szolgálnak továbbá az Egészségfejlesztési Iroda működési feltételeinek kialakításához és az új szervezeti egység működtetéséhez. Az Egészségfejlesztési Iroda célrendszere és feladatvállalása, valamint az Egészséges Városok mozgalom projektvárosaként vállalt feladatok egymást erősítő módon szolgálhatják a Székesfehérváron és környékén élők egészségi állapotának javítását.

A jelenlegi Egészségfejlesztési Terv a korábbi gyakorlathoz hasonlóan az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének szakértője által a WHO szakmai ajánlásainak adaptálásával¹ kidolgozott módszer szerint került kidolgozásra. Az Egészségfejlesztési Terv ismételtén öt év időtartamra, a 2019-2024 évek közötti időszakra érvényesen készült. A terv előkészítése során állapotfelmérés történt, amely a kiinduló helyzetet jelzi. A változások követése és az eredmények meghatározása érdekében 2016-ban az Egészségtérkép felülvizsgálatára került sor, amelynek eredményeit (továbbiakban: Egészségtérkép) Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Közgyűlése a 496/2016. (VI.24.) számú határozatában tudomásul vett.

1 WHO (2001): *A working tool on City health development planning - Concept, process, structure, and content.* WHO Centre for Urban Health, Copenhagen

Az előkészítő munkálatainak részeként ismételt három területen történt adatgyűjtés, amelyek a következők:

1. *lakossági véleménykutatás* a városi környezettel, mint az egészségi állapotot befolyásoló színtérrel kapcsolatos vélemények, igények megismerése érdekében;
2. *dokumentum-elemzés* a város aktuálisan érvényes szakpolitikai koncepcióinak, fejlesztési terveinek vonatkozásában, az egészségközpontú közpolitika kialakításának elősegítése érdekében, amelynek aktualizált eredményeit a 2. számú függelék tartalmazza;
3. *strukturált interjúk felvétele* a helyi politikai kulcsszereplők véleményének megismerése (továbbiakban: kulcsszereplő-elemzés) az egészségi állapot javításának érdekében teendő változtatások vonatkozásában;

Ezen túlmenően megtörtént egy *állapotfelmérés az Egészséges Városok indikátor-rendszer alkalmazásával (1. számú függelék)* annak érdekében, hogy a jelenlegi kiinduló állapot viszonyrendszere feltérképezésre kerüljön, és a későbbiekben viszonyítási rendszerként szolgálhasson az Egészségfejlesztési Tervben foglalt hatásainak vizsgálatához².

Az Egészségfejlesztési Terv részeként először *helyzetértékelésként* az adatgyűjtések főbb megállapításainak rövid összegzése, majd az *Egészségfejlesztési Terv koncepcionális és stratégiai alapjainak* bemutatása, végül az Egészségfejlesztési Terv *céljainak és prioritásainak*, valamint az azok megvalósítása érdekében *tervezett intézkedéseknek* a leírása következik.

1. Helyzeteírás – az előkészítő elemzések eredményeinek rövid bemutatása

Az Egészségfejlesztési Terv kidolgozását megalapozó helyzeteírás keretében először a korábbi Egészségfejlesztési Tervben a 2011-2016 közötti időszakra tervezett intézkedések végrehajtásával kapcsolatos értékelés, majd az egyes előkészítő adatgyűjtések és elemzések eredményeinek rövid összegzése következik.

1.1. A 2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Tervben előirányzott intézkedések megvalósulása

A korábbi Egészségfejlesztési Terv részeként tervezett intézkedések eredményeinek áttekintése során a tervezett intézkedések megjelenítése mellett a megvalósult eredmények bemutatása összegezi az adott cselekvési területtel kapcsolatos változást.

² Az elemző háttér-tanulmányok az Egészségfejlesztési Terv függelékeit képezik, az ismétlések elkerülése és a terjedelmi korlátok miatt azonban az Egészségfejlesztési Tervhez képest külön szövegekként jelennek meg.

1.1.1. A multiszektorális együttműködés kialakítása

2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Terv	
Tervezett intézkedés	Megvalósulás
Kerüljön megszervezésre – feladatainak és működési rendjének meghatározásával egyidejűleg – a multiszektorális irányító bizottság.	Az Egészséges Városok mozgalom tagságával vállalt feladatok végrehajtásának támogatására megalakításra került a Multiszektorális Irányító Bizottság, amelynek tagjai az aktuális tevékenységek elvégzésében folyamatosan részt vállalnak.
Kerüljön alkalmazásra egy egészségfejlesztő szakember az Önkormányzat Egészségfejlesztési Terve céljainak megvalósítása érdekében, valamint az Önkormányzat éves egészségügyi programjainak szervezésére.	Székesfehérvár MJV Humán Szolgáltató Intézetét illetően létszámbővítés történt. Az új státusz betöltése az Egészségfejlesztési Terv céljainak megvalósítását és az Önkormányzat éves egészségügyi programjainak szervezését végző egészségfejlesztő szakember alkalmazásával történt.

1.1.2. Egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése

2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Terv	
Tervezett intézkedés	Megvalósulás
Szerveződjön képzési program a hátrányos helyzetű lakóközösségek tagjaiból kiválasztott önkéntes segítők részére, akik a képzésben való részvételt követően a környezetükben lakó emberek számára életvezetési tanácsadást nyújtanak – ezáltal elősegíthető, hogy az egészségvédelem témáiban azok az emberek is ismeretekhez jussanak, akik a közösségi rendezvényekkel, írott vagy egyéb kommunikáció útján nem, vagy csak nagyon nehezen szólíthatók meg.	TOP-6.9.1-15 azonosítószámú „A társadalmi együttműködés erősítését szolgáló helyi szintű komplex programok” tárgyú projekt keretében az intézkedés előkészítésre került. A projekt fő szakmai célja, hogy hosszú távon kezelje a Székesfehérváron élő hátrányos helyzetű társadalmi réteghez tartozók problémáit.

1.1.3. A közösségi részvétel erősítése az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységek területein

2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Terv	
Tervezett intézkedés	Megvalósulás
<p>Kerüljenek kialakításra városrészenként olyan egészség-információs pontok, amelyek folyamatos lehetőséget teremtenek egyedi vagy közösségi egészség-problémákkal kapcsolatos információszerzésre továbbá időszakos és/vagy állandó programokat kínálnak akár speciális egészség-témákkal – pl. nők egészségvédelme, magas vérnyomás veszélyei, stb. – akár általános egészséges életvezetési ismeretek vonatkozásában.</p>	<p>A tervezett intézkedésnek megfelelően 2013-ban a Fehérvári Civil Központ a napi működési tevékenysége részeként, önálló egészség-információs pont segítségével biztosította a lakosság egészség-témákkal kapcsolatos tájékoztatását. A szolgáltatás egy éven keresztül folyamatosan működött, amely időszakban kettő egészségnap is megszervezésre került. Az egy éves működés tapasztalatai azt mutatták, hogy a lakosság részéről nagyon alacsony fokú igény mutatkozik az ismeretátadás ezen formájára, így az egészség-információs pont működése jelenleg szünetel.</p> <p>A Víziváros városrészben a Lakóközösségi Információs Szolgáltató Iroda (LISZI) szolgáltatásainak részeként az egészség-információs pont 2013. decembere óta folyamatosan működik. A további városrészi egészség-információs pontok kialakítása célzott igényfelmérést követően kezdeményezhető.</p>

1.1.4. Az egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot elérése érdekében

2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Terv	
Tervezett intézkedés	Megvalósulás
<p>Rendszeressé kell tenni az egészséges életmód kialakítását támogató ismeretek bővítéséhez szükséges tematikus ismeretterjesztő kiadványok készítését és előadások, rendezvények, szervezését.</p>	<p>Az egészséges életmód kialakítását támogató ismeretek bővítéséhez 2011-2016. években az Önkormányzat támogatásával kettő egészség-témával kapcsolatos ismeretterjesztő kiadvány készült, valamint rendszeres megjelenés biztosított az ingyenes médiafelületeken. A szemléletformáló rendezvényeket illetően minden évben – elsősorban az egészségvédelem jeles napjaihoz kapcsolódóan – kb. 20 különböző közösségi program kerül megszervezésre.</p>

<p>Kampányokkal, rendszeres kommunikációval és egyéb eszközök segítségével növelni kell a legalább heti rendszerességgel sportoló és/vagy aktív testmozgást végző felnőttek számát.</p>	<p>„Nyitott tornatermek” kezdeményezés keretében a korábbi 14 helyszínhez képest, immáron 18 helyszín biztosít lehetőséget szervezett vagy egyéni szervezés keretében a testmozgásra.</p> <p>A vizsgált időszak meghatározó fejlesztését jelenti, hogy összesen 22 új szabadtéri fitness- és kondipark kialakítása történt meg városszerte.</p> <p>A vizsgált időszakban azok aránya, akik korábban nem sportoltak rendszeresen 61,7%-ról 43,0%-ra csökkent, míg a hetente többször is sportolók aránya 12,1%-ról csaknem háromszorozódott, és 32,6%-ra emelkedett.</p>
---	---

1.1.5. Az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása

2011-2016. évek időszakra érvényes Egészségfejlesztési Terv	
Tervezett intézkedés	Megvalósulás
<p>Érdekeltté kell tenni a felnőtt és gyermek házi orvosokat, fogorvosokat és iskolaorvosokat – mint a lakosság számára jelenleg leginkább hiteles és meghatározó egészség-információs ágenseket –, hogy minél nagyobb számban és aktivitással kapcsolódjanak be az egészség-prevenció feladatvállalásokba, az egészséges életvezetési ismeretek közvetítésébe.</p>	<p>A különböző házi orvosi praxisok egészség-prevenció feladatvállalásokba történő bevonása érdekében az Önkormányzat 2015-ben 100.000 Ft, 2016-ban 150.000 Ft, 2017-ben és 2018-ban pedig évi 200.000 Ft forrással támogatja a házi orvosok, valamint 2018. évben 100.000,- Ft támogatással a fogorvosok és iskola-fogorvosok prevenció feladatvállalását. Ezen túlmenően a prevenció során használható eszközök (hordozható PSA mérő, boka-kar index mérő, ultrahangos csontsűrűség-mérő, stb.) rendelkezésre bocsátása is ezt a célt szolgálja.</p>

1.1.6. Környezet-egészségi kockázatok csökkentése

2011-2016. évek időszakára érvényes Egészségfejlesztési Terv	
Tervezett intézkedés	Megvalósulás
A forgalomszervezés- és szabályozás újragondolásával, valamint minden egyéb szükséges intézkedéssel csökkenteni kell a város légszennyezettségét.	A por és zajterhelés csökkentése érdekében a Deák F. u.- Horvát I. u. körforgalom, valamint a Gellért átkötő út megépítés megtörtént, továbbá 12 közterületi helyszínen (főként közutak mentén) fasorok kialakítása valósult meg. A porterhelés csökkentése érdekében 10, korábban szilárd burkolat nélküli utca és dűlőút kapott martaszfaltos burkolatot. A városi légszennyezésben meghatározó szerepet játszó porterhelés csökkentése érdekében a Városgondnokság a vizsgált időszakban a kátyúzást folyamatosan végezte. A városban továbbá összesen 42 utca és útszakasz teljes kopófelületének a megújítása is megtörtént. Zajárnyékoló falak építése is megtörtént a Nyugati elkerülő út I. és II. üteme mellett.
Fokozott figyelmet kell fordítani az oktatási intézmények környezetét érintő forgalomcsillapításra.	A forgalomcsillapítás érdekében a Székesfehérvári Teleki Blanka Gimnázium és Általános Iskola Sziget utcai épülete előtt parkolósáv kiépítése és a gyalogosbiztonság javítása történt meg. A volt Vízivárosi Általános Iskola előtt közösségi tér kialakítása, gépjárművek kitiltása történt. A Székesfehérvári Munkácsy Mihály Általános Iskola előtti átmenő forgalom megszüntetésre került, és városszerte további 7 oktatási intézmény esetén a közterek felújítása és a biztonságos gyalogosforgalom lehetőségeinek kialakítása történt meg.

Fokozott figyelmet kell fordítani a közutak és járdák minőségének javítására, a közterületek tisztántartásra és zöldterületek gondozására.

A közutak és járdák minőségének javítása érdekében a vizsgált időszakban a burkolatok kopófelületének felújítása folyamatosan, 42 helyszínt érintően történt. Az e területen zajló beruházások száma a 2017. évben emelkedett meg jelentősen: városszerte közel 60 helyszínen út-, járda- illetve parkoló-felújítási munkálatok kerültek elvégzésre.

A közterületek tisztántartása érdekében a közterületre kihelyezett hulladékgyűjtők száma folyamatosan emelkedett. 2011. előtt ezen edények száma nem érte el az 1000 darabot, azonban 2016-ra már 1200 darab gyűjtőedény állt a lakosság szolgálatára. A Városgondnokság különös figyelmet fordított a kutyaürülék gyűjtő edények számának növelésére is, amelyekből a 2016. évre összesen 197 edény állt rendelkezésre. A vizsgált időszakban a közterületek tisztántartásával kapcsolatos munkák hatékonyságát kettő darab új utca- és járdaseprőgép valamint egy darab elektromos szállítógépjármű szolgálatba állítása fokozta. A közterületekről elszállított hulladék mennyisége a vizsgált időszakban nem változott, megközelítőleg évi 2500m³-t tett ki.

A közterületekre történő növénytelepítés keretében évente mintegy 300 db fa, 5.000 db cserje, 450 db rózsató, évelőnövény 1.500 db, egynyári palánta 79.000 db, kétnyári palánta 82.000 db kerül kiültetésre. A zöldterület-gondozás legnagyobb feladataként jelentkező 3,3 millió m²-nyi terület kaszálása során az újonnan alkalmazott technológiai megoldásoknak köszönhetően a fű-kaszálék zöldtrágyaként a gyepfelületre kerül vissza, míg a fametszést követő darálásból keletkező faapríték cserjeágásokban kerül gyom elleni és esztétikai feltöltésre. E megoldások csökkentik a zöldhulladék-képződést és így a hulladéklerakó-kapacitás környezettudatos kihasználását segítik.

<p>Folytatni kell a kerékpárutak építését, és új sétálóutca kialakítását.</p>	<p>Újjonnan készült kerékpárútként a Sóstói közös gyalogos- és kerékpár-út, továbbá a Mártírok útján, a Várkörúton, a Palotai út mentén, amelynek része a Gaja-patak felett gyalogos-kerékpáros híd építése. A 8.202 j. országos közút mellett, a Sóstó Ipari Park, a Pozsonyi út és a Ligetsor mentén történt meg kerékpárutak vagy sávok kiépítése.</p>
---	---

1.2. Az előkészítő elemzések eredményeinek rövid összefoglalása

A 2019-2024 időszakra érvényes Egészségfejlesztési Terv kidolgozását előkészítő elemzések eredményeinek összegzése során Székesfehérvár város aktuálisan érvényes stratégiai dokumentumai szövegeinek dokumentum-elemzése (2. számú függelék), a városi lakosság véleményének megismerését célzó reprezentatív véleménykutatás (Egészségtérkép), a városi döntéshozók körében felvett strukturált interjúk elemzése, továbbá a WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer alapján végzett állapotfelmérés (1. számú függelék) eredményei kerülnek bemutatásra.

1.2.1. A dokumentum-elemzés eredményeinek összefoglalása

A dokumentum-elemzés során a 2011-2016 időszakra szóló Egészségfejlesztési Terv kidolgozásakor is használt attribúció-elemzés módszere került alkalmazásra. Az elemzés a (1) multiszektoralitás, a (2) kimenet oldali vezérlés, az (3) egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés, a (4) közösségi részvétel, az (5) esélyegyenlőség biztosítása, és a (6) környezeti, környezet-egészségi kockázatok csökkentése alapelvek jelentéstartalmának szövegen belüli explicit és implicit megjelenéseinek vizsgálatát célozta.

Az elemzett dokumentumok száma a 2011-ben elvégzett elemzés esetén 14 dokumentum volt, míg a jelenlegi elemzés 7 dokumentumot vizsgált. E dokumentumok a korábbi elemzés óta vagy újonnan készültek, vagy valamely már érvényben lévő stratégiai dokumentum aktualizálásának illetőleg átdolgozásának eredményeként kerültek kidolgozásra. Az elemzett dokumentumok a következők:

1. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának lakás- és helyiséggazdálkodási koncepciója
2. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Sportkoncepciója
3. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája 2014-2020
4. Székesfehérvár kábítószer-ellenes stratégiája 2014
5. Székesfehérvár Megyei Jogú Város III. Középtávú Környezetvédelmi Programja 2012-2017
6. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esélyegyenlőségi Programja 2018-2022
7. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Kulturális Koncepciója 2017-2038

A dokumentum-elemzés eredményei szerint a vizsgált összesen 7 dokumentum között 3 olyan dokumentum is megtalálható, amelyben mind a hat keresett alapelv benne foglaltatik. Ez a korábbi elemzés eredményeihez képest pozitív változás, mivel eddig nem volt olyan koncepció, amelyben mind a hat alapelv attribútuma megtalálható lett volna³. Másrészt nem volt olyan koncepció, amelyben legalább négy alapelv attribútuma elő ne fordult volna. Ez az eredmény a 2011. évben végzett elemzés ide vonatkozó eredményével megegyezik.

A vizsgált dokumentumok közül Székesfehérvár Megyei Jogú Város Kulturális Stratégiáját szükséges külön kiemelni, mivel e dokumentum szövegében (célrendszer strukturálása, fogalomhasználat, prioritások és fókuszpontok meghatározása) egyértelműsíthető az egészségfejlesztési tervezés hatása és az egészségközpontú közpolitika alapelveinek beépítésére való határozott – és sikeres – törekvés.

Az egyes alapelvek attribútumainak koncepciókon belüli előfordulási gyakorisága az alábbi sorrend szerint alakult:

	2011.		2018.	
	Σ=14 dokumentum		Σ=7 dokumentum	
kimenet oldali vezérlés – általában	11 db	78,5%	7 db	100%
esélyegyenlőség biztosítása	11 db	78,5%	7 db	100%
közösségi részvétel	10 db	71,4%	7 db	100%
multiszektoralitás	12 db	85,7%	6 db	83,3%
az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés	7 db	50,0%	6 db	83,3%
környezeti kockázatok csökkentése	5 db	35,7%	4 db	57,1%

Az elemzett dokumentumokban a legmagasabb gyakorisággal a „kimenet oldali vezérlés” és az „esélyegyenlőség biztosítása”, „közösségi részvétel” alapelvek attribútumai voltak megtalálhatóak. A legalacsonyabb számban a környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése alapelv attribútumai jelentek meg. Mindezen helyzet változást jelent a korábbi elemzés eredményeihez képest, mivel az előzőekben a multiszektoralitás alapelv megjelenése volt a leggyakoribb. A környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése alapelv legalacsonyabb megjelenési gyakorisága nem változott.

A *kimenet oldali vezérlés – általában* prioritás igen magas megjelenési gyakorisága olyan koncepció-alkotói – és ebből valószínűsíthetően döntéshozatali – gyakorlatot tükröz, amely továbbra is alapvető fontossággal veszi figyelembe a valós lakossági igényeket, és törekszik arra, hogy ezeket megismerje, és ennek megfelelően működjön. Mindez kitűnik abból az eredményből is, hogy több vizsgált koncepció esetén konkrét hivatkozás történik a lakossági és/vagy a szakértők és kulcsszereplők körében történt adatgyűjtésre, mint a koncepcionális célok meghatározásához használt információ-forrására. Mindezek mellett, a vonatkozó jogszabályi előírások meghivatkozása valamint az egyéb stratégiai tervekhez való illeszkedés jelzése is megjelenik a szövegekben.

³ E különbség objektív értékelése érdekében figyelembe szükséges venni, hogy a korábban elemzett koncepciók kidolgozásakor a koncepcióalkotást végző szakemberek felé nyilvánvalóan nem fogalmazódott meg az elvárás, hogy a jelenleg vizsgált fogalmak – illetve az ezek által megjelenített értékek és/vagy prioritások – kerüljenek beépítésre egy adott koncepció szövegében. Ezzel szemben a jelenleg elemzett szövegek készítése során a szakemberek az alapelvek beépítésével kapcsolatos elvárásról már értesülhettek.

Az *esélyegyenlőség* alapelvének minden vizsgált dokumentumban való megjelenése olyan eredmény, amely azt jelzi, hogy a Székesfehérvár városában korábban „spontán módon” működő esélyegyenlőség biztosításának szándéka a koncepcióalkotás feladatai között immáron tudatosan is jelen van, és a koncepcióalkotók és a döntéshozatal képviselőinek munkája során működő értéként jelenik meg. Az e témához tartozó fontos eredmény még, hogy az alapelv megjelenése minden vizsgált dokumentumban explicit módon volt megtalálható, így az esélyegyenlőség biztosításának szándéka minden érintett szakpolitikai terület esetén egyértelmű és világos.

A *közösségi részvétel* alapelv jelenleg már szintén megjelenik minden vizsgált dokumentumban. Mindez annál is inkább fontos, mivel a közösségi alapú egészségfejlesztés során a közösségi részvétel alapvető jelentőséggel bír. Ugyanakkor ezen alapelvnek minden vizsgált a stratégiai dokumentumban való fellelhetősége azt tükrözi, hogy a helyi szakpolitikai tevékenységek során ez a szempont prioritást élvez, mivel a 2011-ben elvégzett elemzés során volt olyan dokumentum, amelyből ezen alapelv megjelenése hiányzott.

A *multiszektorális* alapelvnek attribúciói ugyancsak magas megjelenési gyakorisággal fordultak elő a vizsgált dokumentumokban. Ehhez az eredményhez feltehetően az a változás is hozzájárulhatott, hogy a vizsgált időszakban Székesfehérvárott megalakításra került az egészségmegőrzési feladatok szervezését és megvalósítását koordináló Multiszektorális Irányító Bizottság, így a multiszektorális szemlélet egyre inkább a mindennapi döntéshozatal és az operatív munka részévé válhatott.

Az *egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés* vizsgált dokumentumokban való megjelenési gyakoriságát illetően a vizsgált időszakban jelentős változás történt. Míg a korábbi elemzés eredménye azt mutatta, hogy a vizsgált dokumentumok mintegy felében jelent meg ez az alapelv, addig a jelenlegi eredmények szerint mindössze egyetlen dokumentumból hiányzik. Nagy valószínűséggel az Egészségfejlesztési Terv megvalósítása érdekében tett intézkedések és az ezáltal előtérbe került egészség, mint horizontális prioritás érvényesülésének hatására következhetett be ez a pozitív változás. Az eredmény azt is érzékelteti, hogy fokozott figyelem fordul a településen élők egészségi helyzetének és életminőségének javítására.

A *környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése* fogalom jelenleg is, csak úgy, mint a korábbi vizsgálat eredményeit tekintve a többi alapelv megjelenési gyakoriságától elmarad. Ugyanakkor a helyzet komoly javulást mutat, mivel a korábban a vizsgált dokumentumok 35,7%-ában volt fellelhető, addig a jelen vizsgálat eredményei szerint a koncepciók 57,1%-a tartalmazza. Tekintettel arra, hogy ez az alapelv egy meglehetősen sajátos területet érint, ez az eredmény – de még inkább a változás pozitív iránya – biztató a jövőre nézve, különösen az egészségvédelem és egészségnevelés összefüggéseiben, ugyanis nem kérdéses, hogy az egészségi állapot milyensége szoros összefüggésben van a környezet-egészségi kockázatokkal.

Mindent összevetve, a dokumentum-elemzés eredményeinek összegzéseként az állapítható meg, hogy a stratégiai dokumentumokban vizsgált alapelv szöveg-attribútumainak megjelenése növekvő gyakorisággal van jelen.

1.2.2. A lakossági véleménykutatás eredményeinek összefoglalása

A városban élők véleményének összegyűjtése Computer Assisted Telephone Interviewing System (CATI) telefonos kérdezési módszer alkalmazásával történt. Az adatfelvétel 2016. januárjának utolsó két hetében történt. Ennek keretében a felnőtt székesfehérvári állandó lakosok közül a vonalas telefonnal rendelkezők kerültek felhívásra. Az alkalmazott minta kiválasztása kvótás módszer segítségével történt. Az 1008 fő minta-elemszám elérését összesen 22.046 hívás eredményezte⁴, majd a minta súlyozással került korrigálásra⁵. A kérdezéshez alkalmazott minta nemek és életkor szerint $\pm 3,1\%$ hibahatár mellett reprezentálja Székesfehérvár város 18 évnél idősebb állandó lakosságát. A városon belüli területi különbségek megjelenítéséhez Székesfehérvár város Integrált Városfejlesztési Stratégiájában is meghatározott településrészek szolgáltak alapul.

A kérdések megválaszolása önkéntes és anonim módon zajlott. Az alkalmazott kérdőív kérdései megegyeztek a 2010. évben használt kérdőív kérdéseivel. Kiegészítő kérdésekként megfogalmazásra kerültek olyan kérdések is, amelyek a kérdőív korábbi változatában nem szerepeltek. A kérdőív a következő témakörökre vonatkozóan tartalmazott kérdéseket:

1. Székesfehérvár városával, mint lakóhellyel kapcsolatos vélemények;
2. az egyéni egészségi helyzettel és kockázatokkal kapcsolatos vélemények;
3. a helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények;
4. helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatos vélemények;
5. az egészségmegőrzés- és fejlesztés helyi lehetőségeire vonatkozó ismeretek.

A válaszadások alapján készített Egészségtérképet Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Közgyűlése a 496/2016. (VI.24.) számú határozatában tudomásul vette.

1.2.3. A strukturált interjúk eredményeinek összefoglalása

A helyi önkormányzati döntéshozatal szereplőivel készített strukturált interjúk felvételére 2016. február hónapjának második felében került sor. A válaszadók Székesfehérvár polgármestere és alpolgármesterek, továbbá négy bizottsági elnök és az egészségügyért és sportért felelős tanácsnok voltak, az egészségközpontú közpolitika kialakításához szükséges, a különböző szakpolitikák szintjén megjelenő koncepcionális és döntés előkészítési folyamatok feltérképezése érdekében, valamint az Egészségfejlesztési Terv továbbvitele során szükséges tervezési feladatokra vonatkozóan. Az interjúk során a következő négy témakörre vonatkozóan fogalmazódtak meg kérdések:

1. az egészség, mint prioritás megjelenése a városi döntéshozatali struktúrában;
2. a szakpolitikai koncepciók és a döntéshozatal viszonya;
3. az Egészségfejlesztési Terv megvalósításhoz kapcsolódó szakmai és társadalmi egyeztetés jelenlegi gyakorlatának jellemzői;
4. a településen élők egészségi állapotának javítása érdekében szükséges kezdeményezések.

4 Az összes híváskezdeményen belül 15.300 esetben visszautasított; 25 esetben megszakadt; 5.713 esetben mintán kívüli hívás volt. Ezen adatok alapján az American Association for Public Opinion Research minimum válaszadói ráta (Response Rate 1) számítási módszerét alkalmazva a válaszadói ráta 4,6% volt. További 32.458 esetben a hívás kicsengett, de a hívott nem vette föl.

5 A minta súlyérték tartományának alsó és felső határát a 0,54 és a 1,61 értékek képezték.

Az egészségnek, mint prioritásnak a városi döntéshozatali struktúrával való viszonyának megismeréséhez először arra vonatkozóan fogalmazódott meg kérdés, hogy feladata-e az önkormányzat közgyűlésének, hogy foglalkozzon a településen élők egészségi állapotának javításával. A megkérdezett kulcsszereplők a korábbi adatgyűjtés során is egyértelműen meghatározó feladatként értékelték, hogy a városvezetésnek az egészséget prioritásként szükséges tekintenie. A jelenlegi adatgyűjtés során egyértelmű és határozott véleményként jelent meg a válaszadók részéről, hogy az egészség kérdése Székesfehérvár város mindennapjaiban, és a fejlődési lehetőségeinek kihasználása érdekében egyaránt kiemelt fontossággal bír. Egységes egyetértés mutatkozott a tekintetben is, hogy az egészség, mint gazdaságépítő szempont megjelenik a város vonzerejének növelésében, abban, hogy a munkaerőt sikerüljön a városban megtartani és/vagy odavonítani. Komoly felelősségként tekintenek a válaszadók az egészségfejlesztés feladatára, mivel indoklásuk szerint csak akkor tud a város fejlődni, ha a város ipari teljesítménye nő, és a biztos munkahelyek a mentális egészség megőrzéséhez is hozzájárulnak. Ehhez pedig szükséges, hogy az emberek egészségesek legyenek, és a termelésből a részüket ki tudják venni. E vonatkozásban fontos az, hogy a városvezetés lehetőségeihez mérten teremtsen meg a legjobb feltételeket ahhoz, hogy a munkavállalók képesek legyenek dolgozni, érezzék jól magukat a szabadidejükben, és azt akár sportolással, akár egyéb kulturális vagy közösségi programokkal töltsék. Álljanak továbbá rendelkezésre az egészségmegőrzéshez szükséges információk, felvilágosító programok vagy éppen a szűrőprogramok. Mindezen lehetőségek biztosítása komoly szakmai és anyagi kihívást jelent a város számára, de ezt vállalva, a költségvetési lehetőségek függvényében 2011. évtől 2018. évig minden évben bekerült a költségvetésbe az egészségfejlesztéssel, az Egészségfejlesztési Terv megvalósításával kapcsolatos fedezet.

A szakpolitikai koncepciók és a döntéshozatal viszonyát tekintve megállapítható, hogy a döntéshozók a döntésselőkészítés és a döntések megvalósítása során tudatosan használják az Egészségfejlesztési Tervet, mint szakpolitikai koncepciót. Az előkészítő munkában egyrészt az Egészségügyi, Oktatási és Szociális Intézményi Iroda valamint a Humán Szolgáltató Intézet munkatársai vesznek részt, másrészt az egészségügyért és sportért felelős tanácsnok és az érintett alpolgármesterek is aktívan közreműködnek. Ezen személyek szerepe nyilvánvalóan meghatározó a tekintetben, hogy az Egészségfejlesztési Terv és annak megvalósításához köthető kezdeményezések közéleti elfogadottsága folyamatosan növekedhetett.

Az eredmények mellett azonban megfogalmazásra kerültek olyan hiányosságok, amelyek megoldása további feladatokat jelent. Ilyen hiányossággként említődött az esélyegyenlőség – ezen belül az akadálymentesítés - érvényesülése, mivel a jelenlegi tapasztalatok azt mutatják, hogy nem minden fejlesztés, beruházás esetén jár sikerrel a megvalósítás. További feladatként került megemlítésre egy olyan rendszernek a kidolgozása és a jelenlegi munkamódszerek közé történő integrálása, amely egyfajta egészséghatás-vizsgálat módjára segítené a szakemberek az irányú munkáját, hogy miként támogathatnák még inkább az egészség-szempontok szakpolitikai dokumentumokban és a döntésselőkészítés folyamatában való megjelenését.

Az Egészségfejlesztési Terv megvalósításhoz kapcsolódó szakmai és társadalmi egyeztetés tekintetében az elmúlt időszak leginkább meghatározó eredményeként a Multiszektorális Irányító Bizottság megalakulása, és a folyamatos aktív működése tekinthető. A válaszadók véleménye szerint a Multiszektorális Irányító Bizottság a különböző társadalmi csoportok képviselőit tekintve érzékelhetően széleskörű lefedettséget biztosít.

Kiemelkedő fontosságú a Bizottság szerepe abban a vonatkozásban is, hogy össze tudja fogni azokat a szakembereket, szakmai szervezeteket, társadalmi csoportokat, hatóságokat, akik az egészséggel, az Egészségfejlesztési Terv megvalósításával közvetlen vagy közvetett kapcsolatban lévő területeken feladatot, illetve felelősséget vállalhatnak. A városvezetés egészségvédelem iránti elhivatottságát jelzi a bizottságon belüli alpolgármesteri és tanácsnoki részvétel.

A településen élők egészségi állapotának javítása érdekében szükséges kezdeményezések egyik meghatározó feltétele, hogy az egészség, mint prioritás a döntéshozatalon belül érvényesülhessen. A válaszadók egybehangzóan támogatják, hogy minden olyan döntés esetén, ahol ennek relevanciája lehet, az egészség prioritásként jelenjen meg. Ezen túlmenően a megkérdezettek egybehangzóan támogatják az Egészségfejlesztési Terv újabb időszakra érvényes kidolgozását és megvalósítását is.

1.2.4. Az Egészséges Városok indikátor-rendszer alapján végzett állapotfelmérés eredményeinek összefoglalása

Az Egészséges Városok mozgalmának tagvárosai számára kidolgozott indikátorok alkalmazásával történő állapotfelmérés egyrészt lehetőséget biztosít, hogy a települések feltérképezzék mindazokat a tényezőket, amelyek akár negatív akár pozitív módon hathatnak a helyi közösségük tagjainak egészségére. Másrészt az egységes módszertan alapot szolgáltat mind az adott településen bekövetkezett időbeli változások nyomon követésére, mind a különböző települések eltérő helyzeteinek összehasonlítására. Székesfehérvár város adatainak elemzéséből elkészült eredményeket az 1. számú függelék tartalmazza. Az állapotfelmérés mortalitási és morbiditási mutatókat tárgyaló része a város demográfiai helyzetének rövid elemzésével is kiegészítésre kerültek.

A város *demográfiai jellemzőit* tekintve megállapítható, hogy 2008-tól 2015-ig a folyamatos népességszűkülés volt a jellemző: a városban lakók száma összességében 3828 fővel csökkent. A csökkenést a természetes fogyás folyamata és a negatív vándorlási különbözet együttesen eredményezte. A népességszám csökkenése mellett, a lakosság életkor szerinti összetétele is változást mutat: az aktív korú felnőtt lakosság (18-65 évesek) aránya a vizsgált időszakban csökkent, míg az időskorúak (65 évesek és idősebbek) aránya növekedett. E tendencia a helyi lakosság öregedését jelzi, amit az öregedési index⁶ 115,6-ról 140,3-re való változása mutat. A helyi népesség fogyása és öregedése mellett – e demográfiai jellemzőkkel valószínűsíthetően összefüggésben – az egyszemélyes háztartások száma és aránya növekedett: 1990-től 2016-ig a városban lévő összes háztartás száma mintegy 10%-kal lett több, míg az egyszemélyes háztartások száma megduplázódott.

A *mortalitás és morbiditás mutatók tekintetében* megállapítható, hogy a keringési rendszer megbetegedései miatti halálozás a leggyakoribb halálokok, az ezer főre jutó halálozások száma a 2008-tól 2015-ig országosan is, és Székesfehérváron is növekedett. A daganatos betegségek okozta halálesetek számát illetően ugyancsak növekvő országos és helyi tendencia figyelhető meg. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálesetek előfordulási gyakorisága mind országosan mind helyben csökkent. A légzőrendszer betegségeire visszavezethető halálozás gyakoriságát vizsgálva az országos adatok emelkedést, míg a székesfehérvári adatok csökkenést mutattak. Az ezer főre jutó halálozások száma helyben az ország egészére jellemző értéknek mintegy a felét tette ki a 2015. évi adatok szerint.

6 Az öregedési index a 14 éves és fiatalabb népességre jutó, 65 éves és idősebb népesség arányát mutatja.

A morbiditás és mortalitás külső okai besorolásba tartozó halálesetek száma mind országos tekintetben, mind a helyi adatokat tekintve növekvő tendenciát mutatnak. Mindazonáltal az ezer főre jutó városi érték az ország egészére jellemző értéktől nagyságrendileg nem tért el 2015-ben.

Az *alacsony testsúllyal születés* mutatója a vizsgált időszakban Székesfehérvár vonatkozásában határozottan romlott. Az ország egészére jellemző helyzethez képest a 2008. évben a városi adatok jelentősen jobb értéket mutattak, mivel ezer szülésre közel 20 fővel kevesebb alacsony testsúllyal születés jutott, mint országosan. Mindez 2015. évre megváltozott, és jelentős emelkedést követően az ezer születésre jutó alacsony testsúllyal születés száma az országos értéket közel 6 fővel meghaladta.

A *védőoltásban részesült gyermekek számát* tekintve a város lakosságára a kötelező vakcináció okán a korábbi helyzethez hasonlóan a teljes körű átoltottság a jellemző. A HPV fertőzés elleni védőoltás esetén az oltásra jogosult 12 éves lányok átoltottsága 2009. és 2013. évek közötti időszakban 78 % és 84 % között változott. Székesfehérvár azon kevés magyarországi város közé tartozik, ahol a HPV fertőzés elleni védőoltás a 12 éves fiúk számára az önkormányzat által támogatottan elérhető. E tekintetben az átoltottság az oltásra jogosultak körében 2016. és 2018. évek időszakában 69 % és 73 % között változott.

Az *egészségügyi oktatási programok* számát tekintve Székesfehérvárott a korábbi idősokra jellemző helyzethez képest jelentős változás következett be. Míg az első – 2011. évi - Egészségfejlesztési Terv kidolgozásának időszakában egészségügyi oktatási programokat csakis az iskolarendszerű képzések és OKJ képzések jelentették, addig 2016. évben számos, az Önkormányzat és a civil szervezetek által szervezett az egészség-témákat célzó edukációs, szemléletformáló és felvilágosító program is a lakosság rendelkezésre álltak.

Az *egy házi orvosra jutó betegek száma* vonatkozásában megállapítható, hogy az egy felnőtt házi orvosra jutó ellátandók száma Székesfehérvárott valamelyest növekedett 2008-tól 2015-ig, így nem változott az a helyzet, hogy az országos értéket meghaladó számú ellátott jut egy házi orvosra. A házi gyermekorvosi praxisok esetén annak ellenére, hogy valamelyest növekedett az egy házi orvosra jutó ellátottak száma, a korábbi kedvező helyzet továbbra is megmaradt, mivel jelenleg is kevesebb ellátotti létszám jut egy házi orvosra Székesfehérváron, mint az ország egészére jellemző érték. A házi orvosok mellett foglalkoztatott körzeti betegápolók esetén a vizsgált időszakban az egy főre jutó betegek száma sem az ország egészét tekintve, sem a helyi értékek vonatkozásában 10 %-ot meghaladó mértékben nem változott.

Az *idegen nyelvet beszélő házi orvosok számát* illetően az 57 megkérdezett házi orvos közül 23 válaszolt, akik közül mindössze 2 fő nem beszél idegen nyelven. A legtöbben angolul, jellemzően társalgási szinten beszélnek. Ezt követi a német nyelv, jellemzően alap és középszintű tudással.

Az *önkormányzat közgyűlése által tárgyalt az egészségügyhöz kapcsolódó napirendek* indikátort tekintve 2015. évben a Székesfehérvár MJV Közgyűlése összesen 420 előterjesztése közül 7 előterjesztés (1,7%), míg a 2016. évben az összesen 524 előterjesztés közül 4 (0,8%) kapcsolódott az egészségügyhöz, vagy az egészség-témához. Az előterjesztések között mindkét évben szerepelt a járási tisztii főorvos Székesfehérvár város lakosságának előző évi egészségügyi és közegészségügyi helyzetéről szóló tájékoztatója.

A *légszennyezettséget* illetően az Országos Meteorológiai Szolgálat 2015. évi mérések alapján Székesfehérvár városának levegőminőségét „jó” minősítéssel értékelte. Az Egészségtérképhez kapcsolódó lakossági adatgyűjtés során 2016-ban a megkérdezettek a levegő tisztaságának javulását érzékelték: a 2011. évi 3,03 átlagérték 2016-ra 3,31 átlagértékre (1-től 5-ig terjedő skálán az 5-ös a levegő tisztaságával való teljes elégedettséget mutatná) a változott.

A város *vízminőségére vonatkozó adatok* szerint a városi ivóvízellátás vízminősége és mennyisége továbbra is megfelelő, a vízminőséget a szolgáltató egyrészt a saját akkreditált laboratóriumában folyamatosan ellenőrzi, másrészt a kontrollvizsgálatokat az egészségügyi hatóság szakemberei végzik el. Egyetlen elem – mangán – esetén éri el a mért érték a határértéket, míg a többi elem esetén attól jelentősen elmarad. A vezetékes ivóvíz minőségével a lakossági elégedettség javult, amit a korábbi 3,18 értékelés 3,64 átlagértékre való változása is jelez.

A *szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkön belül* indikátorra vonatkozóan megállapítható, hogy a 2012-ben megvalósított szennyvíz-hálózat fejlesztés eredményeként a város belterületi része 100%-ban csatornázottá vált. Tisztítatlan szennyvizet sem az ipari termelők, sem a lakosság nem enged élővizekbe, a szikkasztókból való elszivárgás is jelentősen csökkenhetett.

A *háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma és aránya az összes háztartáshoz képest* indikátor értéke továbbra is 100%-nak tekinthető, mivel a város teljes területén a lakossági szilárdhulladék-szállítási, kezelési rendszer kiépített és a szelektív hulladékgyűjtési rendszer fejlesztése is befejeződött.

A *háztartási hulladék kezelésének minőségi kódexe* indikátor tekintetében továbbra is érvényes, hogy a hulladékkezelés módját szabályozó az 1995. évi LIII. törvény a környezetvédelmének általános szabályairól, valamint a 2000. évi XLIII. törvény a hulladékgazdálkodásról jogforrások pontosan szabályozzák a hulladékkezelés rendszerét, amely rendelkezéseknek városban működő szolgáltató teljes körűen eleget tesz. A vizsgált időszakban a hulladékkezelési szolgáltatással való lakossági elégedettség javult: a korábbi 3,54 átlagérték 3,83-ra változott.

A *városon belüli zöldfelületek aránya* index vonatkozásában Székesfehérvár városában a településen belüli zöldfelületeknek a település területéhez viszonyított nagysága kedvező. Ez az arány a vizsgált nagyvárosok közötti összehasonlításban csak Pécs esetén magasabb. Az ezer főre jutó települési zöldfelület nagyságát tekintve Székesfehérvár szintén a második helyen áll a vizsgált városok között. A székesfehérvári zöldfelületre vonatkozó indikátor 2008. évi és jelenlegi értékeinek összevetése azt mutatja, hogy a zöldfelületek területe a korábbi 1,6%-os értékhez képest minimálisan emelkedett, ugyanakkor az ezer főre jutó zöldfelület nagysága esetén az emelkedés a lakosság szám változásából adódóan a korábbi 2,69ha értékhez képest 3,01 ha-ra változott. A zöldfelületekkel kapcsolatos helyi fejlesztések vonatkozásban fontos megemlíteni, hogy a 2015. évben 3335 m²-en 99.916 db egynyári virág-palánta került május elejétől kiültetésre, míg az őszi folyamán mintegy 1990 m² nagyságú területen összesen 82.004 db virághagyma és árvácska palánta került elhelyezésre. A városi zöldterületekkel kapcsolatos elégedettség a vizsgált időszakban javuló értékelést mutatott: a korábbi 3,26-os átlagérték 3,35-re változott.

A *városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára* mutató 2016. évben nem változott, mivel a városban élők és az ide látogatók számára továbbra is valamennyi közterületként funkcionáló városi zöldfelület teljes egészében hozzáférhető.

Az *elhagyott ipari területek aránya a teljes területhez képest* indikátort illetően Székesfehérvár város Integrált Településfejlesztési Stratégiájában foglaltak szerint a klasszikus barnamezős területek kijelölése nem releváns probléma.

A *sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma* indikátorral kapcsolatban megállapítható: mindazok a létesítmények, amelyek a 2008. évben rendelkezésre álltak, továbbra is várják a sportolni vágyókat. Az egészség megőrzését és a regenerálódást segítő lehetőségek bővültek: 2010. évben újranyitott az Árpád fürdő; a „Nyitott tornatermek” kezdeményezésben használható korábbi 14 helyszín 18 helyszínre bővült, és jelenleg összesen 22 új szabadterti fitness- és kondipark áll városszerte rendelkezésre.

A lakossági elégedettség növekedését jelzi az is, hogy míg a korábbi – 2011. évi - adatgyűjtés idején az Önkormányzat által biztosított sportlehetőségek való elégedettség 2,89 átlagértéket kapott, addig ez a legutóbbi adatgyűjtés idejére 3,4 átlagértékre nőtt.

A *sétálóutcák hossza* összesen kb. 1800 méter, amely a vizsgált időszakban nem változott. A város lakosságának a sétálóutcákkal való elégedettsége vizsgált időszakban javult, mivel az elégedettség átlagértéke a korábbi 3,14-ről jelenleg 3,63-ra változott.

A *tömegközlekedés helyzete a városban, a tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya* indikátort tekintve a buszmegállók külvárosi területeken legfeljebb 500 méteres, míg a Belvárosban 300 méteres rágyaloglással érhetőek el, így a lefedettség 100%. A lakossági véleménygyűjtés eredményei szerint a közösségi közlekedés szolgáltatással kapcsolatban a város lakóinak elégedettsége a korábban mért 2,86-os átlagértékről 2,51-re módosult.

A *kerékpáros közlekedés helyzete a városban* indikátorhoz tartozó adatok szerint Székesfehérvárott a legutóbbi fejlesztésnek köszönhetően mintegy 32 km hosszan áll rendelkezésre kerékpárút. A kerékpáros közlekedés lehetőségeivel kapcsolatos elégedettség a vizsgált időszakban növekedett: a korábbi 2,79 átlagérték jelenleg 3,07 értékre módosult.

A *komfort nélküli lakásokban élő háztartásokat tekintve az ezer – legalább félkomfortos lakásban élő – háztartásra jutó komfort nélküli lakásban élő háztartás száma* a korábbi 99,14 háztartás értékről 6,7 háztartás értékre zuhant. Ily módon Székesfehérvárott a komfort nélküli és szükséglakások problémája megszűnt.

A *hajléktalanok becsült száma* vonatkozásában megállapítható, hogy a hajléktalanok és fedél nélkül élők száma Székesfehérvárott 500 főre becsülhető, ami a 2008. évben becsült 510 fő létszámhoz képest nem mutat változást.

A *munkanélküliségi ráta* tekintetében Székesfehérvár a 2% körüli értékével az ország egészére jellemző értékhez képest továbbra is jóval kedvezőbb helyzetben van, és a városban a munkanélküliség aktuális problémát nem jelent.

Az ezer főre jutó létminimum alatt élők számának a rendszeres szociális segélyben részesülők száma alapján történő becsülésének a vizsgált városok közötti összevetése szerint Székesfehérváron kedvező a helyzet, mivel a vizsgált városok közül a legmagasabb értékkel bíró Pécs városához képest 45%-kal alacsonyabb, míg a legjobb helyzetben lévő Győr városának adataihoz képest alig 20%-kal magasabb az érték.

A *bölcsődei, óvodai férőhelyre jutó gyermekek száma* országosan is és helyben is csökkent. Az ország egészére jellemző csökkenés mértéke a helyi csökkenés mértékét jelentősen meghaladta, és közel fele annyi gyermek jut egy férőhelyre, mint Székesfehérváron. Az egy óvodai férőhelyre jutó gyermekszám országos viszonylatban kismértékű emelkedést, helyben változatlan értéket mutat a 2008 és 2015 között eltelt időszakban. Az óvodai férőhelyek tekintetében a helyi lehetőség kedvező, mivel minden óvodába jelentkező gyermek számára a férőhely biztosított. A 2018/2019 nevelési évre vonatkozóan az adatok azt mutatják, hogy az előző nevelési évhez viszonyítva 6 óvodai csoporttal kevesebb indítására volt szükség a gyermeklétszámok alakulása miatt.

Az *élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők* indikátort tekintve az adatok korcsoportos bontásban nem állnak rendelkezésre. A városban a 2015. évben mindösszesen 811 élveszülés történt.

Az *ezer születésre jutó abortuszok száma* jelenleg mintegy 40%-kal kevesebb, mint országosan, illetve mint 2008-ban helyben volt.

Az Egészséges Városok indikátor-rendszer alapján végzett állapotfelmérés összességében azt mutatja, hogy 2011 évtől 2016 évig terjedő időszakban alapvetően pozitív változások zajlottak a városban, amelyek a városi környezet egészséget támogató irányba történő alakulását egyértelműsítik.

2. Az Egészségfejlesztési Terv koncepcionális és stratégiai alapjai

Az Egészségfejlesztési Terv koncepcionális alapjait mindazok a stratégiák, koncepciók és ajánlások jelentik, amelyek az egészségvédelem területén mind a nemzetközi, mind a nemzeti és helyi szinteken szakmai iránymutatásokként aktuálisan érvényesek.

2.1. Agenda 2030 – a Fenntartható Fejlődés Keretrendszere

Az Agenda 2030 dokumentumot az Egyesült Nemzetek Szervezetének Közgyűlése 2015-ben, mint a fenntartható fejlődés keretrendszerét fogadta el. A stratégiai megközelítés alapját a kiegyensúlyozott társadalmi fejlődés, a tartós gazdasági növekedés és a környezetvédelem jelentik. A fenntartható fejlődés feltételeinek kialakítása a világ minden országa számára egyaránt fontos feladat, mivel a környezeti-társadalmi hatások az egyre gyorsuló globalizációs folyamatok hatására már nem tekinthetők az egyes nemzetek kizárólagos ügyeiként, hanem átfogó, holisztikus szemlélettel oldhatók meg.

A keretrendszer által képviselt, 2030-ig megvalósítandó átfogó célok⁷ a fenntartható fejlődés feltételeinek a gazdaság, a társadalom valamint a természeti és épített környezet területein történő megvalósítása, a szegénység és az éhezés felszámolása, a békés és befogadó társadalmak kiépítése és megerősítése, az emberi jogok védelme, a nemek közötti egyenlőség biztosítása, a természeti erőforrások védelme és fenntartható használata. A javaslatcsomag összesen 17 célt és 169 alcélt tartalmaz⁸, amelyek közül az Egészséges Városok mozgalom viszonylatában a Shanghai Egészségfejlesztési Konferencia megállapításai⁹ szerint az egészséges városhoz, a városi egészségvédelemhez és települési egészségfejlesztéshez kapcsolódóan az alábbi célok jelentenek prioritást: *2. cél: Az éhezés megszüntetése, az élelmezésbiztonság és a jobb táplálkozás megteremtése, valamint a fenntartható mezőgazdaság támogatása;*

- 1. 6. cél: A vízhez és szanitációhoz történő hozzáférés és a fenntartható vízgazdálkodás biztosítása mindenki számára;*
- 2. 11. cél: A városok és egyéb emberi települések befogadóvá, biztonságossá, ellenállóképessé és fenntarthatóvá tétele;*
- 3. 12. cél: Fenntartható fogyasztási és termelési minták kialakítása;*
- 4. 13. cél: Sürgős lépések megtétele a klímaváltozás és hatásainak leküzdésére*
- 5. 16. cél: Békés és befogadó társadalmak támogatása a fenntartható fejlődés érdekében, az igazságszolgáltatáshoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára és a hatékony, elszámoltatható és mindenki számára nyitott intézmények kiépítése minden szinten.*

Az Agenda 2030 megjelölt céljai az Egészségügyi Világszervezet Európai Egészségstratégiájának célrendszeréhez ugyancsak szorosan kapcsolódnak.

7 Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development.

https://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/3/2015/08/120815_outcome-document-of-Summit-for-adoption-of-the-post-2015-development-agenda.pdf (letöltve: 2017. 07. 24.)

8 <http://ensz.kormany.hu/download/f/93/b1000/A%20fenntarthat%C3%B3%20fej%C5%91d%C3%A9si%20c%C3%A9lok%20%C3%A9s%20alc%C3%A9lok%20magyar%20nyelv%C5%B1%20v%C3%A1ltozat%C3%A1r%C3%B3%20k%C3%A9sz%C3%BCI%20bro%C3%BA.pdf> (letöltve 2017. 07.27.)

9 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief1-healthy-cities.pdf>

2.2. WHO Európai Egészséges Városok VII. munkaciklusának prioritásai

Az Egészséges Városok mozgalom a működésének közel három évtizedes tapasztalatait felhasználva koncepciók, stratégiák, módszertani útmutatók és jó gyakorlatok közreadása segítségével támogatja a tagvárosokban végzett munkát. A mozgalom jelenlegi hatodik munkaciklusának szakmai kereteit az „Egészség 2020” Stratégia biztosítja és az operatív cselekvés fő irányait az alábbi célok jelölik ki:

1. az „egészséget mindenkinek” célkitűzés megvalósítása és az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése;
2. a vezetői tudatosság fejlesztése és az egészséget szolgáló részvételen alapuló döntéshozatal megvalósítása.

Mindkét stratégiai cél megerősíti a WHO Európai Egészséges Városok mozgalomnak az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése és az egészség társadalmi meghatározóinak pozitív alakítása érdekében képviselt határozott elköteleződését. A hatodik munkaciklus során a tagvárosok számára az Egészség 2020 Stratégia prioritásai mentén az operatív cselekvéseik során követendő irányok a következők:

1. az egész életen át tartó egészségfejlesztés, és az egyéni cselekvésre való képessé tétel támogatása
 - 1.1. egészséges életkezdés támogatása
 - 1.2. egészséges idősor feltételeinek kialakítása
 - 1.3. hátrányos helyzet csökkentése
 - 1.4. egészség-műveltség fokozása
2. az Európai Régió fő fertőző és nem fertőző betegségeinek leküzdése
 - 2.1. a fizikai aktivitás fokozásával
 - 2.2. az obezitás megelőzése, az egészséges táplálkozás feltételeinek megteremtése
 - 2.3. a mértékletes alkoholfogyasztás fontosságának hangsúlyozása
 - 2.4. dohányzók arányának csökkentése, a nemdohányzók védelme
 - 2.5. mentális egészség védelmét célzó intézkedések megvalósítása
3. az egészségügyi és népegészségügyi ellátórendszerek, valamint a sürgősségi ellátások ember-központú irányba történő megerősítése
 - 3.1. az egészségügyi ellátórendszer feladatai között a prevenció feladatok erősítése
 - 3.2. népegészségügyi funkciók erősítése az egészségvédelem, a prevenció az egészségnevelés és egészségfejlesztés területein, valamint a jogi szabályozás területén
4. rugalmas és az egészség-célokat támogató szakmai-társadalmi környezet kialakítása
 - 4.1. a nem várt eseményekre reagálni képes közösségek kialakítása
 - 4.2. a mindennapi élet színtereinek egészségessé tétele
 - 4.3. egészséget támogató várostervezés
 - 4.4. egészséges (közösségi) közlekedés
 - 4.5. klímaváltozás hatásaira való felkészülés
 - 4.6. lakhatási feltételek javítása és új megoldások biztosítása a társadalmi, gazdasági és környezeti problémákra.

Az Egészséges Városok mozgalom által kijelölt operatív cselekvési irányok számossága és diverzifikáltsága lehetőséget biztosít a tagvárosok számára, hogy helyi kezdeményezésként a közösségi igényeknek és az adott lehetőségeknek leginkább megfelelő tevékenységek valósuljanak meg. A városi Egészségtérkép és a multiszektorális együttműködésen alapuló Egészségfejlesztési Terv alkalmazása továbbra is a sajátos helyi célok azonosításához és azok elérését segítő aktivitások kivitelezéséhez nyújt segítséget.

2.3. Egészség 2020 – az Egészségügyi Világszervezet európai egészségstratégiája

A WHO Európai Régiójának tagországai 2012-ben fogadták el az „Egészség 2020” elnevezésű stratégiát, amely az egészség és jólét feltételeinek megteremtése érdekében a kormányok és társadalmak közötti együttműködések megvalósulását hivatott elősegíteni. E cél érdekében a Stratégia olyan egységes és koherens keretrendszert biztosít, amely alkalmazkodik az Európai Régió lehetőségeihez és alapként szolgálhat a jobb és egyenlőbb egészségi állapot elérését célzó intézkedések megvalósításához. A Stratégia az egészségvédelem területén nemzetközileg ez idáig összegyűlt tapasztalatokra épít és a korábbi stratégiák és deklarációk alapvetéseit tiszteletben tartja. A főbb prioritásai a következők:

1. az egész életen át tartó egészségfejlesztés, és az egyéni cselekvésre való képesség tétel támogatása;
2. az Európai Régió fő fertőző és nem fertőző betegségeinek leküzdése;
3. az egészségügyi és népegészségügyi ellátórendszerek valamint a sürgősségi ellátások ember-központú irányba történő megerősítése;
4. rugalmas és az egészség-célokat támogató szakmai-társadalmi környezet kialakítása.

Az Egészség 2020 stratégia az egészségvédelem területét érintő intézkedések módszertani vonatkozásait illetően meghatározó fontosságot tulajdonít a helyi szinten megvalósuló tevékenységeknek és ezzel összefüggésben a települési önkormányzatok számára határoz meg központi szerepet. Ez a feladatvállalás a WHO aktuális szakmai ajánlása alapján¹⁰ elsősorban az „egységes kormányzás”(whole-of-government) megvalósításával érhető el, amelynek lényege, hogy a helyi kezdeményezések során a döntéshozatal több szintjét érintően valósulnak meg tevékenységek, amelyekben az önkormányzaton kívüli szervezetek is szerepet kapnak. Ez a megközelítés a szereplők közötti bizalom kiépítésére, kölcsönösen elfogadott etikai normákra és közös kulturális értékekre valamint konszenzuson alapuló megoldásokra épül.

Az egységes kormányzás előtérbe helyezésével ismételten megerősítésre kerül az Egészséges Városok mozgalom egyik fő prioritása, miszerint egy adott közösség tagjainak egészségi állapotát befolyásoló döntések nem alakulhatnak egyetlen döntéshozó testület vagy szektor tevékenységének eredményeként, hanem a szektorok közötti szinergiákat kihasználva az együttműködések kereteit, tartalmát és a közös céljait nevesítve szükséges, hogy a szereplők széles körének bevonása megtörténjen.

2.4. Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégiája

A Nemzeti Népegészségügyi Stratégia kidolgozás jelenleg is folyamatban van, így a helyi Egészségfejlesztési Tervezés aktuálisan meghatározó hazai koncepcionális alapjaként az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia (Stratégia) alapvetései szolgálhatnak. A Stratégia prioritásai között nevesítésre került többek között a „népegészségügyi szolgáltatások megújítása, középpontban az egészség választását előmozdító ismeretek és készségek fejlesztése” prioritás is. Ennek oka az a megállapítás, miszerint a hazai egészségvesztések legnagyobb részét az egészségtelen életmódhoz köthető betegségek okozzák, ezért a lakosság egészségmagatartásában döntő fordulatot kell elérni, és ehhez biztosítani szükséges a megfelelő fizikai-, társadalmi-, gazdasági-, és jogi környezetet.

10 Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012) Governance for health in the 21st century_WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Az egészségmagatartás kedvező irányú változtatásához a Stratégiában foglaltak szerint fejleszteni szükséges az egyének és a közösségek egészségtudatosságát, az egészséghez és az egészségügyhöz való viszonyulását és a hazai egészségkultúrát. Fokozott figyelmet kell fordítani a gyermekegészségügy területére. A Stratégiát kidolgozó szakemberek kiemelik, hogy a gyermekegészség fejlesztési lehetőségeit a szülők egészségkultúrájának fejlesztésén keresztül preventív népegészségügyi programok tudják a leghatékonyabban biztosítani, így az operatív cselekvések célközönségeként minden korosztály és társadalmi csoport tagjai értelmezendők.

A Stratégia a következő célok elérését célozza:

1. a születéskor várható, egészségben eltöltött életek növelése 2 évvel 2020-ra (EU-átlag elérése 2022-re);
2. a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése;
3. az egészségtudatos magatartás elősegítése, egyéni felelősségvállalás érvényesítése;
4. a területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségek csökkentése.

A fenti stratégiai célok elérésére a népegészségügy területén öt fő prioritás került nevesítésre:

1. keringési betegségek, cukorbetegség, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek megelőzése és gondozása;
2. daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése;
3. lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése;
4. a környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése;
5. további népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások (pl.: baleset megelőzés, járványügyi biztonság erősítése stb.).

A célrendszer és a prioritások fentiek szerinti deklarálása egyben azt a döntéshozói szándékot is jelzi, amely a felelős és együttműködő állampolgári részvételt az egészség fejlesztésében, az egészséges életmód választásában, és ha szükséges, a gyógyításában, valamint a gyógyulásában ösztönözni kívánja. Ezen túlmenően szándékként fogalmazódik meg az egészséggel kapcsolatos széles körű ismeretek és készségek elsajátítása lehetőségének biztosítása valamint a betegek időben és megfelelő helyen történő minőségi ellátása.

Az Egészséges Városok mozgalom tagvárosaiban megvalósuló tevékenységek céljaival és feladatvállalásával mindezen célok összhangban vannak, így a hatékonyság fokozása érdekében a pozitív szinergiák kihasználhatók.

2.5. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája (2014-2020)

A helyi szintű stratégiai tervezés meghatározó jelentőségű dokumentuma az Integrált Településfejlesztési Stratégia. Annak érdekében, hogy egy adott település működése célorientált és tervezett legyen elengedhetetlen egy integrált megközelítést képviselő fejlesztési terv. Mindazon városok, amelyek rendelkeznek ilyen tervvel, nyilvánvalóan rendelkeznek egy középtávú jövőképpel és célrendszerrel is, amely megvalósítása érdekében minden szakmai terület együttműködik. Mindebből következően meghatározó jelentőségű, hogy egy adott város integrált fejlesztési stratégiája milyen alapelveket képvisel, milyen célokat határoz meg és milyen prioritások mentén kívánja azokat megvalósítani. Az egészségfejlesztés és egészségvédelem integrált településfejlesztési stratégiában való megjelenése – vagy éppen hiánya – e feladatok támogatottságát illetően meghatározó jelentőségű.

Székesfehérvár Integrált Településfejlesztési Stratégiáját vizsgálva egyértelműen megállapítható, hogy az egészséghez és az egészségvédelemhez kapcsolódó feladatok a Stratégiában foglalt intézkedésrendszer releváns részét képezik. A Stratégia átfogó társadalmi céljaként került nevesítésre „Székesfehérvár népességmegtartó erejének megőrzése a társadalmi szolgáltatások és környezet feltételeinek javításával” célkitűzés, amelynek első számú stratégiai célja a „Fenntartható és elérhető humán és közösségi szolgáltatási rendszerek kiépítése”. Az e célhoz kapcsolódó prioritás a „Megyeszékhelyi egészségügyi ellátórendszer bővítése, az egészségmegőrzés elősegítése – a helyi egészségügyi alapellátás helyszíneinek infrastrukturális és akadálymentesítés célú fejlesztései, szakmai-preventív akciók, felvállalt plusztevékenységek támogatása”.

Az Integrált Településfejlesztési Stratégia egészség-célrendszere és prioritása olyan fejlesztéspolitikai háttérrel jelent, amely az Egészséges Városok mozgalom tagságához kapcsolódó helyi tevékenységek stratégiai alapjául szolgál, továbbá az operatív cselekvés megvalósításának biztosítékát is jelenti, különösen az egészségmegőrzés elősegítése és a szakmai-preventív akciók, felvállalt plusztevékenységek támogatása prioritások érvényesülésével.

2.6. Kégl György Városi Egészségügyi Program

A helyi ágazati fejlesztési tervek közül a Kégl György Városi Egészségügyi Program az Egészséges Városok mozgalom feladatvállalásaihoz és az Egészségfejlesztési Terv céljaihoz kiemelt jelentőséggel kapcsolódik. Az infrastruktúra-fejlesztés, mint előfeltétel a megfelelő egészségügyi ellátások biztosításának elengedhetetlen része, amely mind a gyógyítási, mind a prevenciós feladatok meghatározó alapjaként szolgál. A Program négy fő területének (házi orvosok önként vállalt feladatainak támogatása; egészségfejlesztő, szűrő- és prevenciós programok folytatása; Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház támogatása; orvosi rendelők felújítása) mindegyike a városban élő és dolgozó emberek életminőségének javítását, valamint az egyéni és közösségi szinten produktív életvitel megvalósítását támogatja. Ezáltal a helyi Egészségfejlesztési Terv céljaival és intézkedéseivel összhangban járulhat hozzá az egészség társadalmi meghatározóinak pozitív alakításához.

A Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház és Székesfehérvár MJV Önkormányzatának együttműködésére jó példa az az – országosan egyedülálló – nagyszabású egészségnap, amely évente megrendezésre kerül.

A Székesfehérváron megrendezésre kerülő egészségfejlesztő, szűrő- és prevenciós programokhoz az Önkormányzat 2011-től kezdődően évente 2 500 eFt támogatást biztosít.

Az orvosi rendelők felújításának sorozata 2017-ben a Berényi utcai gyermekrendelőben kezdődött meg, ahol a fűtési rendszer és a kerítés felújítása, utólagos vízszigetelés és külső hőszigetelés, valamint eszközök és bútorok beszerzése valósult meg. A Farkasvermi utcai felnőtt házi orvosi rendelőben új bejárat és akadálymentes vizesblokk kialakítására, valamint teljes belső felújításra került sor. A Sarló utcai rendelőnél a belső udvar burkolatának cseréje történt meg.

2018-ban a Verseci utcai rendelő felújításával folytatódott a Kégl György Városi Egészségügyi Program. A kétszintes épületben közel kettőszáz nyílászáró cseréjére került sor, új bejárat, akadálymentes vizesblokk valamint lift kialakítására, fűtési rendszer, villamoshálózat és tető felújítására, burkolatok cseréjére, bútorok beszerzésére került sor. A Jancsár utcai ifjúság-egészségügyi rendelőben akadálymentes vizesblokk kialakítására került sor és az infokommunikációs akadálymentesítés szintén megvalósult. Megkezdődött a Ybl lakótelepi házi gyermekorvosi rendelő felújítása és a Szekfű Gyula utcai háromszintes orvosi rendelő épület felújításához, átalakításához az engedélyeztetési eljárások lezajlottak.

A Kégl György Városi Egészségügyi Programban megvalósuló fejlesztésekkel érintett lakosság száma:

A fejlesztéssel érintett rendelők, egészségügyi szolgálatok és lakosság	Felnőtt házi orvos		Házi gyermekorvos		Fogászati alapellátás		Védőnői szolgálat		Iskolaorvos / Iskolaorvos		Szakellátás
	Egészségügyi szolgálatok száma	Lakosság száma (fő)	Egészségügyi szolgálatok száma	Lakosság száma (fő)	Egészségügyi szolgálatok száma	Lakosság száma (fő)	Egészségügyi szolgálatok száma	Lakosság száma (fő)	Egészségügyi szolgálatok száma	Tanulók létszáma (fő)	
Versei utcai (KÖFÉM) rendelő	2	4 560	2	608	0	0	1	197	0	0	4
Kégl György (Távirda) utcai rendelő	0	0	0	0	7	37 423	0	0	0	0	0
Szekfü Gyula utcai rendelő	6	12 104	0	0	2	12 304	0	0	0	0	0
Bathány utcai rendelő	4	9 643	2	1 396	0	0	3	614	0	0	0
Ybl lakótelepi rendelő	0	0	2	1 218	0	0	2	454	0	0	0
Széchenyi utcai rendelő	0	0	3	1 678	0	0	5	1 041	6	8 095	0
Kelemen Béla utcai rendelő	3	9 105	3	1 531	0	0	3	647	0	0	0
Sarló utcai rendelő *									0	0	0
Farkasvermi utcai rendelő	1	3 966	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berényi utcai rendelő	0	0	2	1 321	0	0	3	630	0	0	0
Jancsár utcai rendelő	0	0	0	0	0	0	2	2 029	5	10 406	0
Család- és Nővédelmi Központ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Összesen	16	39 378	14	7 752	9	49 727	19	5 612	11	18 501	9

* A fejlesztés a belső udvart érinti

3. Az Egészségfejlesztési Terv általános keretrendszere

3.1. Az Egészségfejlesztési Terv céljai

Székesfehérvár MJV Egészségfejlesztési Tervének átfogó célja továbbra is az, hogy elősegítse a Székesfehérvár városában élő és dolgozó emberek fizikai, mentális, szociális valamint környezeti jólétének kiteljesedését és támogassa, hogy az egészségfejlesztési feladatok beépüljenek a városi közpolitikába, és meghatározó módon legyenek jelen a mindennapokban.

Az Egészségfejlesztési Terv fő célkitűzései, hogy:

1. a helyi közösség tagjainak figyelmét irányítsa rá az egészségmegőrzés és az ezt támogató társadalmi és környezeti feltételek kialakításának fontosságára és lehetőségeire;
2. a helyi szakpolitikák számára a meghatározott prioritások mentén az egészségi állapot és az életkörülmények javítását célzó kezdeményezéseket fogalmazzon meg;
3. a WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer, a dokumentum-elemzés és a lakossági véleménykutatás eredményei alapján kialakult null-állapot értékeihez képest a következő – azonos módszerekkel végzett – állapotfelmérés eredményei ne legyenek rosszabbak, hanem a vizsgált mutatók értékei lehetőség szerint javuljanak;
4. a lehető legszélesebb körű együttműködés kialakítását segítse elő a helyi közösség minden tagja és csoportja között, ezáltal alapozva meg az egészségközpontú közpolitika működését.

3.2. Az Egészségfejlesztési Terv megvalósításának módszere – a színtér-megközelítés

Az Egészségfejlesztési Tervben foglalt célok megvalósítása során továbbra is a *színtér-megközelítés alkalmazása szükséges*. Az egészségfejlesztés színtereire vonatkozó meghatározás az Egészségügyi Világszervezet által a következők szerint került megfogalmazásra: „színtérként tekinthető minden olyan hely, ahol az ott élők aktívan alakítják a környezetüket annak érdekében, hogy egészségi állapotukkal kapcsolatos problémáikat megoldják. A színterek általában térben jól lehatárolhatóak, stabil szervezeti struktúrával rendelkeznek, amelyhez meghatározott szerepeket betöltő személyek csoportjai tartoznak. A színtereken megvalósuló egészségfejlesztési akciók a legkülönbözőbb módon jelenhetnek meg. Ilyenek lehetnek a szervezetfejlesztés különböző módozatai – esetenként ide értve a fizikai tér átalakítását is –, továbbá az adminisztrációs és irányítási rendszer átalakítása. A színterek az egészség védelme érdekében is használhatóak azáltal, hogy elérik az ott dolgozó embereket, biztosítják a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférést, valamint a színterek közötti kapcsolat révén a helyi közösség egészét képesek bevonni az egészségmegőrző kezdeményezésekbe”¹¹.

Az egészségfejlesztés során kiemelten szükséges a mindennapi élet színtereivel foglalkozni, mivel az egyének egészségi állapotát e színterek „állapota” sokkal inkább képes befolyásolni, mint az egészségügyi ellátórendszer által nyújtott szolgáltatáshoz való hozzáférés lehetősége, vagy az elérhető szolgáltatás minősége. Ebből következően az egészségfejlesztés tekintetében a színtér megközelítés lényege, hogy *helyi szinten jöjjenek létre* olyan multiszektorális együttműködésen alapuló és az adott közösség tagjainak közreműködésével megvalósításra kerülő akciók, programok és egyéb kezdeményezések, amelyek az egészségi állapot társadalmi meghatározó tényezőinek pozitív befolyásolásán keresztül célozzák egy-egy színtér viszonyainak egészségesebbé tételét.

A város az egészségfejlesztési kezdeményezések megvalósításához *optimális színtér*, mivel a város az az igazgatási szint, amely a helyi lakosság egészségi állapotának javítása érdekében képes integrálni és kezelni a különböző típusú erőforrásokat, valamint politikai tekintetben is rendelkezik a megfelelő döntéshozatali kompetenciával és önállósággal ahhoz, hogy a célnak megfelelő interszektorális megoldási módozatokat dolgozzon ki és valósítson meg¹². Ezen túlmenően a 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól II. fejezet 13. § (1) bekezdésének 4. pontja egyértelműen a települési önkormányzatok feladatává is teszi az egészségfejlesztési feladatokat, amikor úgy rendelkezik, hogy „a helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladatok különösen: az egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások”. Az Egészségfejlesztési Terv megvalósítása során a színtér-megközelítés keretein belül új lehetőségként áll rendelkezésre a helyi Egészségfejlesztési Irodával való együttműködés és az ily módon kialakítható szinergiák hasznosítása. A közösségi alapú egészségfejlesztés területén megvalósítható összefogás alapját jelentheti, hogy az Egészségfejlesztési Iroda szakmai kapacitásai, valamint a prevenciós tevékenységének célrendszere evidens módon járulhatnak hozzá az Egészségfejlesztési Tervben foglaltak eléréséhez, míg a helyi Egészségfejlesztési Tervezés korábbi tapasztalatai és eredményei, továbbá az aktuális célkitűzések az Egészségfejlesztési Iroda feladatvállalásainak teljesülését is erősíthetik. Ily módon az erőforrások optimalizált kihasználása a helyi operatív feladatvégzés hatékonyságát és hatásosságát egyaránt jelentősen növelheti.

11 WHO (1998): Health Promotion Glossary, Geneva.

12 Ashton, J.-Grey, P.-Barnard, K. (1986): *Healthy cities – WHO's New Public Health initiative*. = Health Promotion. vol. 1. no.3. 319-324.

3.3. Az Egészségfejlesztési Terv értékei és alapelvei

Az Egészségfejlesztési Tervezés tekintetében jelenleg nemzetközi szinten az Agenda 2030, az Egészség 2020 valamint a WHO Egészséges Városok mozgalom által meghatározott értékek és alapelvek, míg a hazai viszonylatban az Egészséges Magyarország 2014-2020 Stratégia értékei és alapelveik az irányadók. Mindezen dokumentumokban foglaltakat figyelembe véve Székesfehérvár 2019-2024 közötti időszakra érvényes Egészségfejlesztési Terve a következő értékekre alapozottan fogalmazódott meg:

1. a lehető legteljesebb egyéni testi és lelki egészség megélése
2. egészséges környezet
3. esélyegyenlőség
4. gondoskodás
5. befogadás
6. méltányosság
7. szolidaritás
8. fenntarthatóság
9. átláthatóság
10. az emberi méltóság tisztelete
11. önállóság és öntevékenység

Az értékválasztás kijelöli mindazokat az irányokat, amelyeket mind a célrendszer, mind pedig a célok elérését eredményező cselekvések alapelvei esetén érvényesíteni szükséges. Az Egészségfejlesztési Terv értékeire alapozottan valamint a nemzetközi és hazai irányadó szakmai dokumentumokban foglaltakra figyelemmel az Egészségfejlesztési Terv végrehajtásához kapcsolódó döntés-előkészítés és az operatív cselekvés alapelvei a következők:

1. Az önkormányzat az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek mérséklése és az egészség társadalmi meghatározóinak pozitív alakítása érdekében teendő intézkedései során megkülönböztetett figyelem forduljon az egészséges életkezdés, az egészséges időskor, a hátrányos helyzet csökkentése, és az egészség-műveltség kiteljesítése feladataira.
2. Az önkormányzat az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek mérséklése és az egészség társadalmi meghatározóinak pozitív alakítása érdekében teendő intézkedései során megkülönböztetett figyelem forduljon a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelésére.
3. A társadalmi szolidaritás erősítése és az esélyhátrányok csökkentése érdekében a közösségi gondoskodáshoz való hozzáférést mindenki számára biztosítani szükséges.
4. A klímaváltozás hatásaira is tekintettel az önkormányzat a fejlesztések megvalósításakor fordítson fokozott figyelmet arra, hogy a város az esetleges humán és természeti krízishelyzetek esetén legyen képes a gyors reagálásra, valamint a biztonságos és ellenállóképes városi környezet kialakítására.
5. Az önkormányzat által kötelezően biztosítandó egészségügyi ellátások, mint integrált család- és közösség-orientált egészségügyi ellátórendszer szükséges, hogy a lakosság igényeit szolgálják, ide értve az egész életen át tartó egészségfejlesztés, és az egyéni cselekvésre való képessé tétel támogatását.

6. Az egészségi kockázatok csökkentésére irányuló helyi intézkedések, valamint a településen élők életminőségének javítását célzó programok során megkülönböztetett figyelem forduljon a fizikai állapotbeli, gazdasági, társadalmi, kulturális helyzetbeli, valamint a nemek közötti eltérésekből adódó sajátosságok kezelésére, azaz az esélyegyenlőség biztosítására, és az esélyhátrányok csökkentésére.
7. A településen élők életét érintő fejlesztések, átalakítások, változtatások esetén indokolt, hogy megtörténjen az egészségre gyakorolt hatások előzetes vizsgálata, melynek eredményei a tervezett fejlesztés során figyelembe vételre kerüljenek.
8. Az egyének és közösségek egészségének szükséges lenne elsőbbséget élveznie az üzleti és gazdasági érdekekkel szemben.
9. Az egészségfejlesztési célok megvalósításakor a közösségi részvételen alapuló egészségfejlesztési folyamat az elsődleges. E feladatvállalás során partnerként jelenjenek meg a családok, oktatási intézmények, munkahelyek, valamint a helyi formális és informális közösségi szerveződések képviselői azzal a céllal, hogy támogassák a döntéshozatali és megvalósítási folyamatokat, ezáltal is erősítve a közös célokért való felelősség- és feladatvállalást.
10. A különböző problémák, esetek bonyolultsága és komplex módon történő kezelése az egyes ellátási típusok és szintek egymásra épülését igénylik (komplex, integrált ellátások).
11. Az egészségfejlesztési és egészségvédelmi szolgáltatások kínálatánál szükséges biztosítani a választhatóságot.
12. Az önkormányzati munka során minden szakterület tekintse prioritásként az egészség-célok realizálását, és működjön együtt a multiszektorális megközelítésen alapuló feladatmegoldás érdekében.

4. Az Egészségfejlesztési Terv javasolt intézkedései

Székesfehérvár város Egészségfejlesztési Tervének prioritásai a következő időszakra vonatkozóan nem változnak, és maradnak, mint:

1. a multiszektorális együttműködés megvalósítása;
2. az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentésének elősegítése;
3. a helyi közösségi részvétel erősítése az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységek területein;
4. az egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot elérése érdekében;
5. az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása;
6. a környezet egészségi-kockázatok csökkentése.

Az előkészítő adatgyűjtések és elemzések eredményei alapján, a szakmai ajánlásokban szereplő értékek és alapelvek tiszteletben tartásával, a költségvetési lehetőségek függvényében, az egyes prioritások mentén javasolt cselekvések az alábbiak szerint.

4.1. A multiszektorális együttműködés megvalósítása

A multiszektorális együttműködés megvalósítása során tervezett intézkedések a következők:

1. a hatékony és pontos információáramlás érdekében szükséges továbbfejleszteni a Multiszektorális Irányító Bizottság munkájával kapcsolatos interaktivitást.
2. az egészség központú döntéshozatali gyakorlat támogatása érdekében olyan tájékoztatás nyújtása szükséges, amely a Közgyűlés képviselői részére a következő javasolt témákat érintve ad lehetőséget az egészség központú döntéshozatallal, valamint a közösségi egészségfejlesztés lehetőségeivel kapcsolatos ismeretek bővítésére, az alábbi javasolt tematika szerint:
 - 2.1. Az egészség jelentésének értelmezése a hazai népesség egészségi állapotának jellemzői – különös tekintettel Székesfehérvár város lakosaira
 - 2.2. Egészség és gazdaság
 - 2.3. Egészségi állapot egyenlőtlenségei
 - 2.4. Az egészséget támogató döntéshozatal, a társadalmi egészségfejlesztés és a szintér megközelítés összefüggései
 - 2.5. Az egészségtérkép készítés és az Egészségfejlesztési Tervezés módszerei
 - 2.6. A kulcsszereplő-elemzés és az egészséghatás vizsgálat módszerei
3. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Közgyűlése részére előterjesztésre kerülő minden újonnan készülő és/vagy átdolgozásra-aktualizálásra kerülő koncepció, középtávú terv esetén legyen elvárás a következő alapelvek attribúcióinak¹³ megjelenítése a dokumentumok szövegében:
4. multiszektoralitás;
 - 4.1. kimenet oldali vezérlés – általában;
 - 4.2. az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés;
 - 4.3. közösségi részvétel;
 - 4.4. esélyegyenlőség biztosítása;
 - 4.5. környezetegészségi kockázatok csökkentése.

4.2. Egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése

Az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentése érdekében tervezett intézkedések a következők:

1. a szociális városrehabilitáció keretében szerveződjön képzési program a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokban élő lakóközösségek tagjaiból kiválasztott önkéntes segítők részére, akik a képzésben való részvételt követően a környezetükben lakó emberek számára életvezetési tanácsadást nyújtanak – ezáltal elősegíthető, hogy az egészségvédelem témáiban azok az emberek is ismeretekhez jussanak, akik a közösségi rendezvényekkel, írott vagy egyéb kommunikáció útján nem, vagy csak nagyon nehezen szólíthatók meg.

¹³ Az alapelvek bővebb értelmezését valamint a jelenleg érvényes koncepciók szövegében való megjelenését az Egészségfejlesztési Terv előkészítése során végzett dokumentum-elemzés (2. számú függelék) tartalmazza.

2. egészségfejlesztési szakemberek és egészségfejlesztési képzéssel foglalkozó intézmények munkatársai bevonásával, valamint az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége tagvárosaiban e témában ezidáig szervezett kezdeményezések tapasztalatainak felhasználásával *kerüljön kidolgozásra* olyan *közösségi segítő képzési program*, amely keretében a sérülékeny csoporthoz tartozó önkéntesek közösségi egészségfejlesztési képzése megtörténhet annak érdekében, hogy a közvetlen környezetükben élő családok és/vagy egyének számára az egészséges életmódhoz és egészségtudatos életvezetéshez szükséges ismereteket közvetíthessék, valamint e témákban tanácsot adhassanak;
3. a sérülékeny csoportok támogatását végző *szociális munkások* részesüljenek *egészségfejlesztési ismereteket* biztosító képzésben, továbbá olyan *közösségi egészségfejlesztési* képzésben, amely elősegíti, hogy az egészséges életmód kialakítását segítő ismereteket a kliensek számára *hatékonyan tudják közvetíteni*;

4.3. A közösségi részvétel erősítése az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységek területein

Az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységekhez kapcsolódóan a közösségi részvétel erősítése érdekében tervezett intézkedések a következők:

az önkormányzat városrészenkénti fórumok megszervezésével kínál lehetőséget a helyi lakosok számára az egészségi állapotot befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos véleményeik, igényeik és problémáik képviselőjére és a konszenzuson alapuló megoldások közös megfogalmazására:

1. évi rendszerességgel városrészenkénti fórumokon lehetőség biztosítása, a mindennapi helyzeteket, egészséget befolyásoló témákkal kapcsolatos megbeszélésekre;
2. az alkalmi fórumokon, melyek az adott városrészben tervezett beruházások, fejlesztések és egyéb, a helyi közösség egészének vagy részének életét feltehetően jelentősen befolyásoló változtatások kapcsán szerveződnek, a tervezett változtatás egészség-hatásainak megtárgyalásának biztosítása.

4.4. Az egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot elérése érdekében

A jobb egészségi állapot eléréséhez szükséges egyéni képességek fejlesztése érdekében tervezett intézkedések a következők:

1. folytatni szükséges az egészséges életmód kialakítását támogató ismeretek bővítéséhez szükséges tematikus ismeretterjesztő kiadványok készítését mind hagyományos papíralapú, mind modern elektronikus, lehetőség szerint közösségi oldalakra, honlapokra, alhonlapokra feltölthető formában, valamint előadások, rendezvények, szervezését, különös tekintettel a következő témákra:
 - 1.1. a táplálkozással és elhízással kapcsolatos ismeretek, veszélyek;
 - 1.2. szív- és érrendszeri betegségekkel kapcsolatos ismeretek, veszélyek;
 - 1.3. magas vérnyomással kapcsolatos ismeretek, veszélyek;
 - 1.4. a cukorbetegséggel kapcsolatos ismeretek, veszélyek;
 - 1.5. allergiával kapcsolatos ismeretek, veszélyek;
 - 1.6. drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek, veszélyek;
 - 1.7. életmód-tanácsadás.

2. folytatni szükséges a legalább heti rendszerességgel sportoló és/vagy aktív testmozgást végző felnőttek számának növelését, kampányokkal, rendszeres kommunikációval és egyéb eszközök segítségével:
 - sportszolgáltatókkal közös nyílt napok és egyéb kedvcsináló rendezvények szervezésével kínáljon lehetőséget a sportolás élményének megtapasztalására és választására, és e lehetőség népszerűsítése érdekében kerüljön kihasználásra a közösségi média-felületek adta kommunikációs lehetőség (facebook, Instagram, vlog)
3. folytatni kell a „Nyitott tornatermek” programot, és lehetőség szerint tovább bővíteni a lakosság számára rendelkezésre álló egyéb ingyenes sportolási lehetőségeket;
4. folytatni szükséges a már beváltan működő közösségi egészségfejlesztési programok évről-évre történő megszervezését, úgy is mint a
 - 4.1. Séta a mellrák ellen!
 - 4.2. „Tiszta egészséges Székesfehérvárért” futóverseny
 - 4.3. Sportmajális (*Egzségsátor*)
 - 4.4. Diabetes Világnap
 - 4.5. Nyílt nőgyógyászati szűrőnap
 - 4.6. Elsősegélynyújtó tanfolyamok
 - 4.7. Férfi szűrőnap
 - 4.8. Városrészenkénti szűrőnapok
 - 4.9. Anyatejes Táplálás Világnapja
 - 4.10. Perifériás érbetegség szűrés
 - 4.11. Szívügyünk Fehérvár
 - 4.12. Szívünk Napja
 - 4.13. Nemzetközi Babahordozó Hét
 - 4.14. Vese Világnap
 - 4.15. Szülők Akadémiája
 - 4.16. Adventi szűrőprogram
 - 4.17. Születés Hete
 - 4.18. Döntésünk a jövőnk!

rendezvényeket, valamint a programkínálat az adott év tematikájához kapcsolódó új programok megszervezésével is bővíthet.

4.5. Az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása

Az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása érdekében tervezett intézkedések a következők:

1. folytatni szükséges a felnőtt és gyermek háziorvosok, fogorvosok – mint a lakosság számára jelenleg leginkább hiteles és meghatározó egészség-információkat közvetítőket – primer prevenció tevékenységének az önkormányzat által biztosított támogatását;
2. az egészségügyi alapellátás vonatkozásában folytatni szükséges az intézményi struktúra és az eszközállomány fejlesztését.

4.6. Környezet-egészségi kockázatok csökkentése

A környezet-egészségi kockázatok csökkentése érdekében tervezett intézkedések a következők:

1. az allergia-kockázat csökkentése okán fokozottan történjen meg a befejezetlen ingatlan-beruházások, foghíjtelkek és egyéb magán- vagy közterületek parlagfűmentesítése,
2. folytatni szükséges a Zöld Város – Fehérvár Tüdeje fejlesztési program részeként az erdő- és parkfejlesztést, amelyben az erdőterületek és ligetek, a különböző közösségi és sportolási funkciók a szabadidő eltöltését és a rekreációt szolgálják;
3. folytatni szükséges a városi zöldfelületek növelését, a pihenőparkok, szabadtéri fitness parkok és játszóterek kialakítását,
4. a város megfelelő levegőtisztaságának biztosítása érdekében a forgalomszervezés- és szabályozás, a parkolási rend alakítása, a városépítészet és közterületfejlesztés, és a helyi rendeletalkotás eszközeivel történjenek városszerte beavatkozások a légszennyezettség mérséklésére, kiemelt figyelmet fordítva az oktatási és egészségügyi intézmények közvetlen környezetére;
5. a biztonságos közlekedés feltételeinek folyamatos erősítése érdekében továbbra is fokozott figyelmet szükséges fordítani az oktatási intézmények környezetét érintő forgalomcsillapításra;
6. folytatni szükséges a közutak és járdák minőségének javítását;
7. folytatni szükséges a közterületek tisztántartását és zöldterületek gondozását célzó intézkedéseket.

5. Minőségfejlesztés

A minőségi munkavégzés tekintetében továbbra is meghatározó feltétel, hogy az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatokat végző szakemberek megfelelő körülmények között tudják ellátni szakmai feladataikat, és a mindennapi munkájuk során ne kelljen objektív akadályokkal megküzdniük, illetve olyan feladatokat felvállalniuk, amelyek meghaladják szakmai kompetenciájukat. Ennek érdekében folytatni kell a folyamatos és koncepciózus minőségfejlesztési feladatvállalást, amely céljait tekintve a következő lehet:

1. az egészségfejlesztésben résztvevők elköteleződése a minőségfejlesztés iránt;
2. fontos szempont a partnerek azonosítása, igényeinek megismerése, útmutató munkájuk értékeléséhez, a kudarcok felszámolásához, illetve a sikeres tevékenységek folytatásához;
3. az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátását végző munkatársak rendelkezzenek a megfelelő szakképzettséggel, ami a minőségi feladatellátás alapkövetelménye¹⁴;

¹⁴ Az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátásához megfelelő szakképzettségek lehetnek (a teljesség igénye nélkül): egészségfejlesztő szakember, egészségfejlesztő mentálhigiénikus, rekreáció-szervező, szociális munkás, népegészségügyi szakértő, szociológus (egészségszociológia specializáció), pszichológus, szociálpolitikus, stb.

4. törekedni kell arra, hogy mód legyen az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátását végző munkatársak számára a szükséges szakmai kompetencia fejlesztésére és módszertani ismeretek folyamatos frissítésére;
5. szükség esetén történjen meg külső szakértők, tanácsadók bevonása a feladatok ellátásába, szakmai támogatásának biztosításába.

Záró gondolatok

Székesfehérvár Megyei Jogú Város a 2011-2016 időszakban az Egészségfejlesztési Terv megvalósításával a helyi közösség életminőségének javítása érdekében jelentős feladatot vállalt. Amint az akkori tervezés kezdetén végzett felmérésekből kiderült, mind a városban élő embereknek, mind a döntéshozatal tagjainak korábban még nem ismert új feladatot jelentett az Egészségfejlesztési Tervben foglaltak megvalósítása.

Az elmúlt évek ugyanakkor bebizonyították, hogy érdemes volt mindazokat a nehézségeket felvállalni, amelyek az Egészségfejlesztési Tervben foglaltak megvalósításával együtt jártak. Amint azt a 2016. évben végzett hatásvizsgálat eredményei is alátámasztották, mostanára a város lakossága számára egyértelmű, és magától értetődő, hogy mi is az az Egészségfejlesztési Terv, mit is jelentenek az egészségvédelmi, egészségfejlesztési programok, kihez lehet fordulni információért, tanácsért, ha valaki egészségesebben kívánna élni, mint korábban.

Az egészség megőrzését célzó változások és a fejlesztések eredményei városszerte szemmel látható módon jelentek meg: növekedett a zöldfelület, új szabadterei és beltéri sportlehetőségek állnak rendelkezésre, folyamatosan bővülnek és egyre változatosabb módon jelennek meg az egészségvédelmet célzó közösségi programok, minden városrészben megszervezésre kerülnek az egészségnapok és a szűrőprogramok.

Az elmúlt évek tapasztalatai és eredményei alapján elmondható, hogy Székesfehérvár lakói és vezetői komolyan gondolják, hogy Székesfehérvár egy egészséges város. A jelenlegi Egészségfejlesztési Terv megvalósítása megteremti a lehetőséget az eddigi eredmények megőrzésére és a további fejlődés megvalósítására annak érdekében, hogy a város az itt élő emberek számára az egészségük megőrzéséhez és életminőségük folyamatos javulásához biztosítson egészséges színteret.

**Székesfehérvár MJV állapotfelmérése
a WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer alkalmazásával**

Bevezetés

Székesfehérvár Megyei Jogú Város Közgyűlése a 2011. évben fogadta el a helyi Egészségfejlesztési Tervet. Az e tervet megalapozó munkafolyamatok során elkészült egy olyan állapotfelmérés is, amely az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészséges Városok mozgalmanak tagvárosai számára kidolgozott indikátorok¹⁵ alkalmazásával történt. Az állapotfelmérés egyrészt lehetőséget biztosít, hogy a települések feltérképezzék mindazokat a tényezőket, amelyek akár negatív akár pozitív módon hathatnak a helyi közösségük tagjainak egészségére. Másrészt az egységes módszertan alapot szolgáltat mind az adott településen bekövetkezett időbeli változások nyomonkövetésére, mind a különböző települések eltérő helyzeteinek összehasonlítására. Az Egészségfejlesztési Terv érvényessége öt éves időtartamban került meghatározásra.

Jelen tanulmány a Székesfehérvár MJV Önkormányzata Humán Szolgáltató Intézet megbízásából készült azzal a céllal, hogy egyrészt a kidolgozásra kerülő új, városi Egészségfejlesztési Terv megalapozását szolgálja, másrészt, hogy azonosíthatóak legyenek mindazok a változások, amelyek a 2011-ben ugyanezen indikátorok alkalmazásával leírt állapottól való eltérést jelentik.

Az állapotfelmérés során a 2015. év adatai kerültek összegyűjtésre. Ezek hiányában a legutolsó hozzáférhető év adatai kerültek elemzésre. Ugyanakkor egyes indikátorok esetén nem éves rendszerességgel történik az adatgyűjtés¹⁶, így ezekben az esetekben szintén a legutóbbi hozzáférhető év adatai kerültek elemzésre.

Az adatok minél hatékonyabban értelmezése érdekében azok egyrészt standardizált formában – jellemzően ezer főre vetítve – kerülnek közlésre, másrészt a viszonyrendszerbe illesztést és az értelmezést segítve lehetőség szerint az ország egészére jellemző értékekkel illetve más városokkal¹⁷ történő összevetésben szerepelnek. Ezen okból – a korábbi gyakorlathoz hasonlóan – az állapotfelmérés során használt mértékegységek és viszonyszámok bizonyos esetekben eltérnek a nemzetközileg ajánlott indikátor-rendszer mértékegységeitől, viszonyszámaitól. A közzétett indikátorok tematikus felosztása megfelel a WHO Egészséges Városok mozgalom szakértői által megfogalmazott ajánlásoknak, másrészt megegyezik a 2011. évi állapotfelmérés struktúrájával. A feldolgozott adatok forrása az adattal együtt kerül közlésre.

15 Az indikátorok felsorolását az 1. számú függelék 3. melléklete tartalmazza.

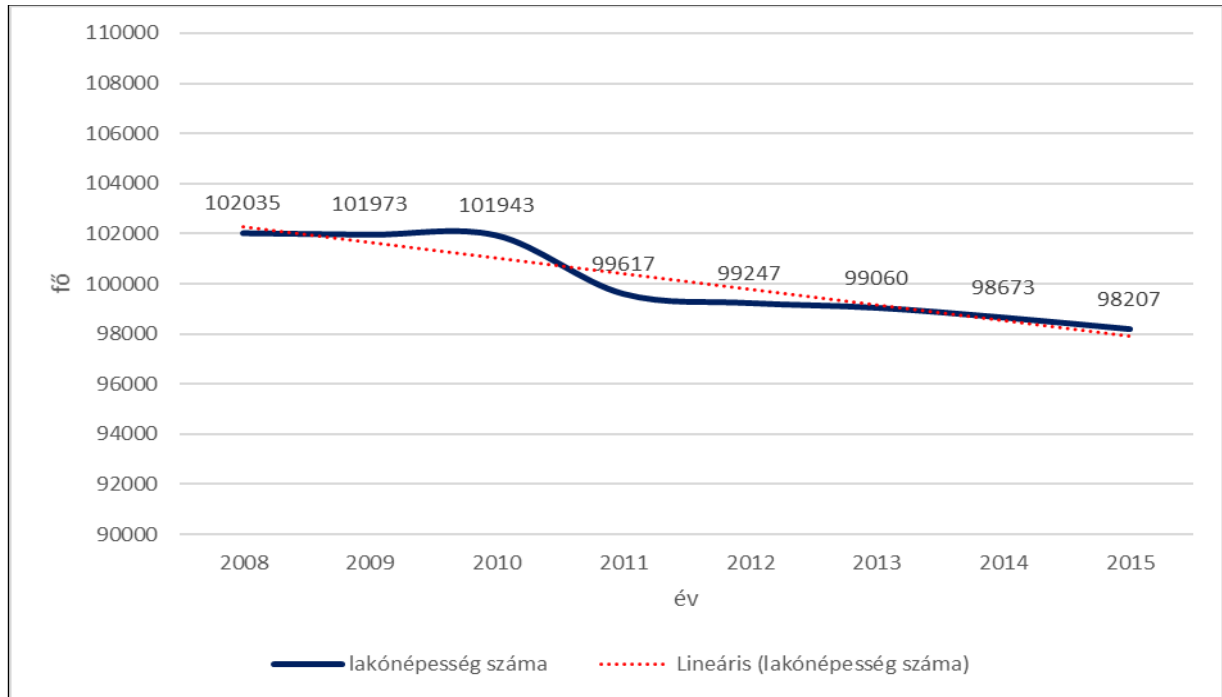
16 A nem éves rendszerességgel gyűjtött adatok jellemzően a népszámlálási adatfelvétel során gyűjtött adatok.

17 A WHO Egészséges Városok indikátorok alkalmazásával kapcsolatosan közelmúltban publikált elemzés ajánlasként fogalmazza meg az „inter-city comparability” azaz a városok közötti összehasonlítás lehetőségét, amely bizonyos település-specifikus indikátorok esetén – ahol az országos adat nem egyértelműen alkalmas az adekvát összehasonlításra – megfelelőbb viszonyítást, így pontosabb és valósabb helyi szintű értelmezést tesz lehetővé. Minderre tekintettel adott esetben a városok közötti összehasonlítást a statisztikai régióközpontok – kivéve Budapest – relációjában történik. Bővebben: Webster, P., Sanderson, D. (2012) *Healthy Cities Indicators – A sustainable instrument to measure health?* Journal of Urban Health. Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi: 10.1007/s11524-011-9643-9.

1. Mortalitási és morbiditási mutatók, demográfiai jellemzők

Székesfehérvár város mortalitási mutatóinak tárgyalását megelőzően a város néhány demográfiai jellemzőjének áttekintése következik. A vizsgált időszakban a város lakosságának alakulását az 1. diagram mutatja.

1. diagram: Székesfehérvár város lakónépesség számának változása, 2008-2015

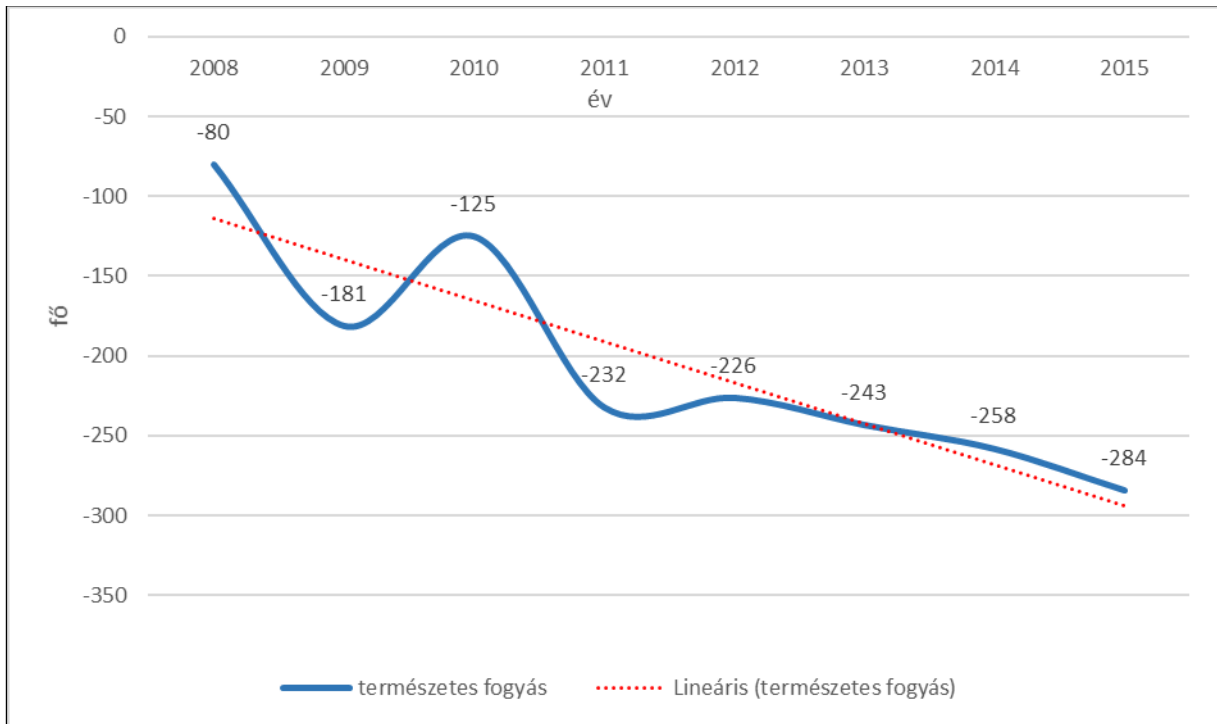


Forrás: KSH TEIR adatbázis

Amint az az adatok alapján megállapítható, a vizsgált időszakban a város lakosságának száma folyamatosan csökkent, és a vizsgált időszak utolsó évére a kiinduló év 96,2%-ra módosult. A csökkenést egyrészt a természetes fogyás

(2. diagram) folyamata, másrészt a negatív vándorlási különbözet (3. diagram) eredményezte.

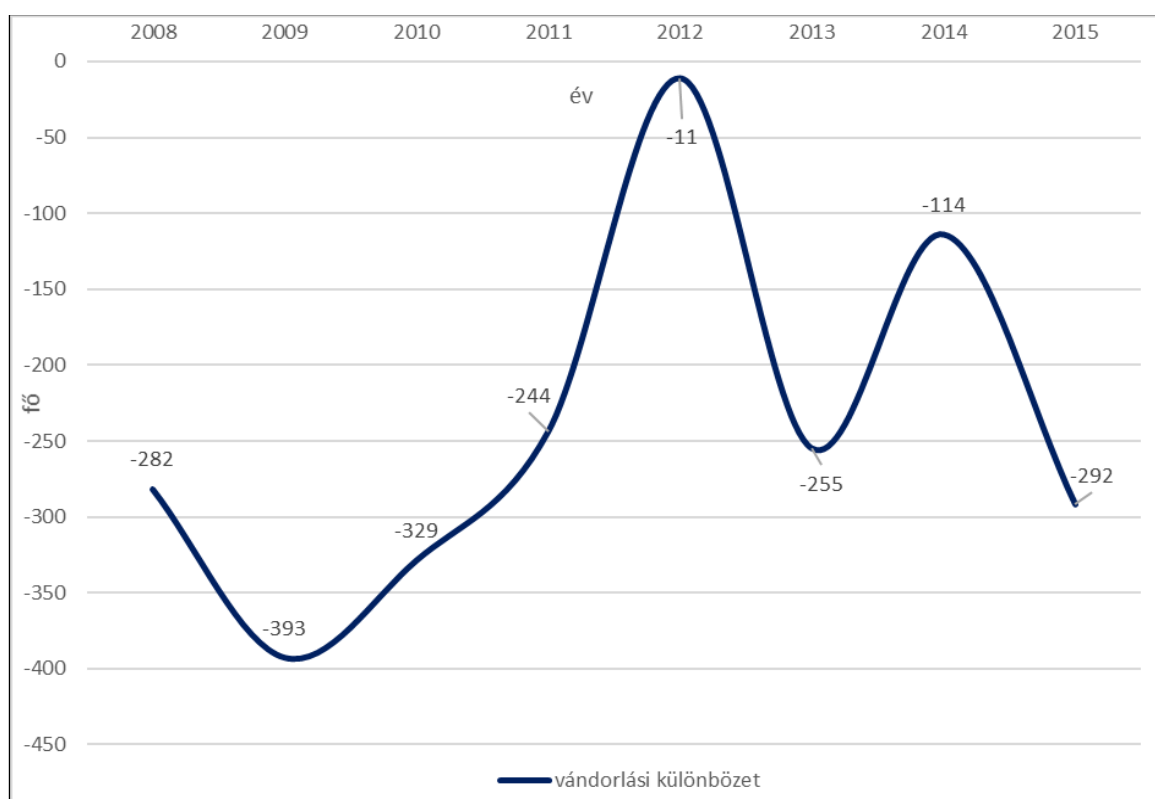
2. diagram: Székesfehérvár város lakosságának természetes fogyása, 2008-2015



Forrás: KSH TEIR adatbázis

A város népességének természetes reprodukcióját illetően megállapítható, hogy a halálozások száma folyamatosan – ha eltérő mértékben is – meghaladta a születések számát, így a helyi népesség számának alakulására a természetes fogyás a jellemző. A vizsgált időszakban az természetes fogyásból adódó népességcsökkenés okán a város lakossága 1629 fővel csökkent.

3. diagram: Vándorlási különbszet Székesfehérvárott, 2008-2015



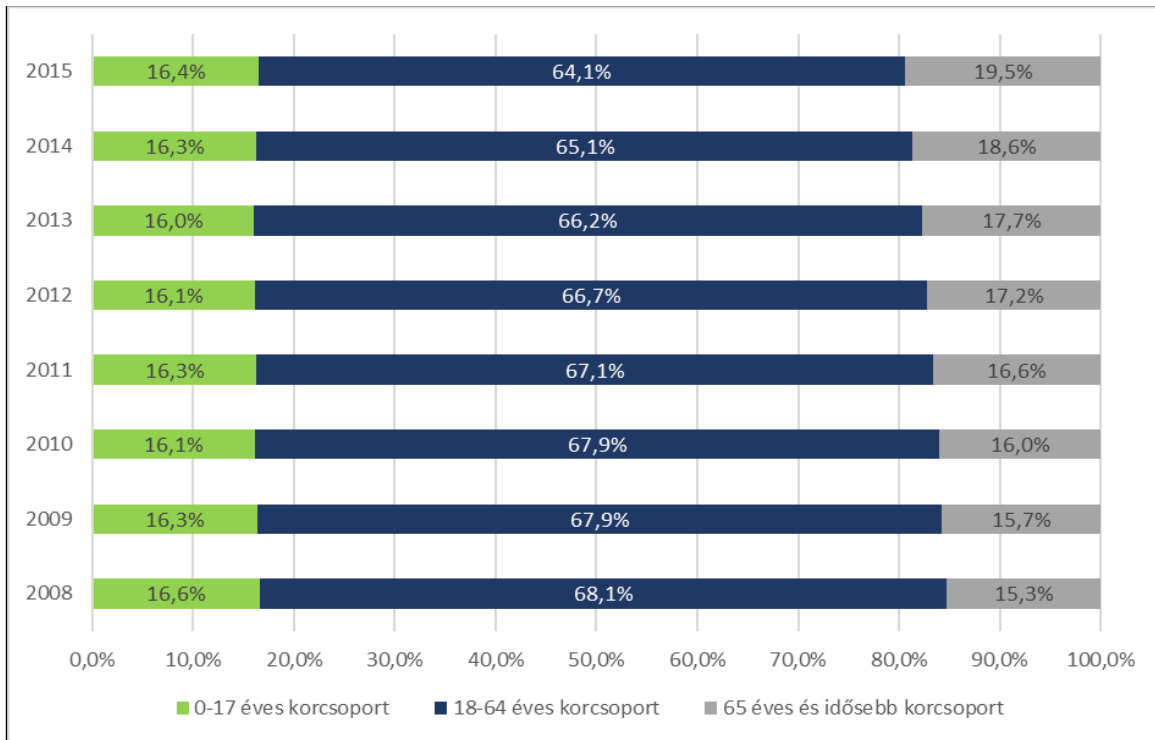
Forrás: KSH TEIR adatbázis

A népességmozgási adatok alapján megállapítható, hogy a vizsgált időszakban a székesfehérvári lakosok közül százas nagyságrendben költöztek többen más városokba, mint ahányan ott újonnan letelepedtek. E tendencia alól csakis a 2012. év volt kivétel, amely időszakban az elvándorlók és odavándorlók száma csaknem azonos volt. A vizsgált időszakban az elvándorlásból adódó népességfogyás okán a város lakossága 1920 fővel csökkent.

A népességszám csökkenése mellett, a lakosság életkor szerinti összetétele is változást mutat. Amint az a 4. diagram adataiból látszik, a fiatalok (0-17 évesek korcsoportja) helyi lakosságon belüli arányát tekintve nem tapasztalható számottevő változás. Mindazonáltal az aktív korú felnőtt lakosság (18-65 évesek korcsoportja) aránya a vizsgált időszakban csökkent, míg az időskorúak (65 évesek és idősebbek) aránya növekedett. E tendencia a helyi lakosság öregedését jelzi, amit az öregedési index¹⁸ változása (5. diagram) szemléltet.

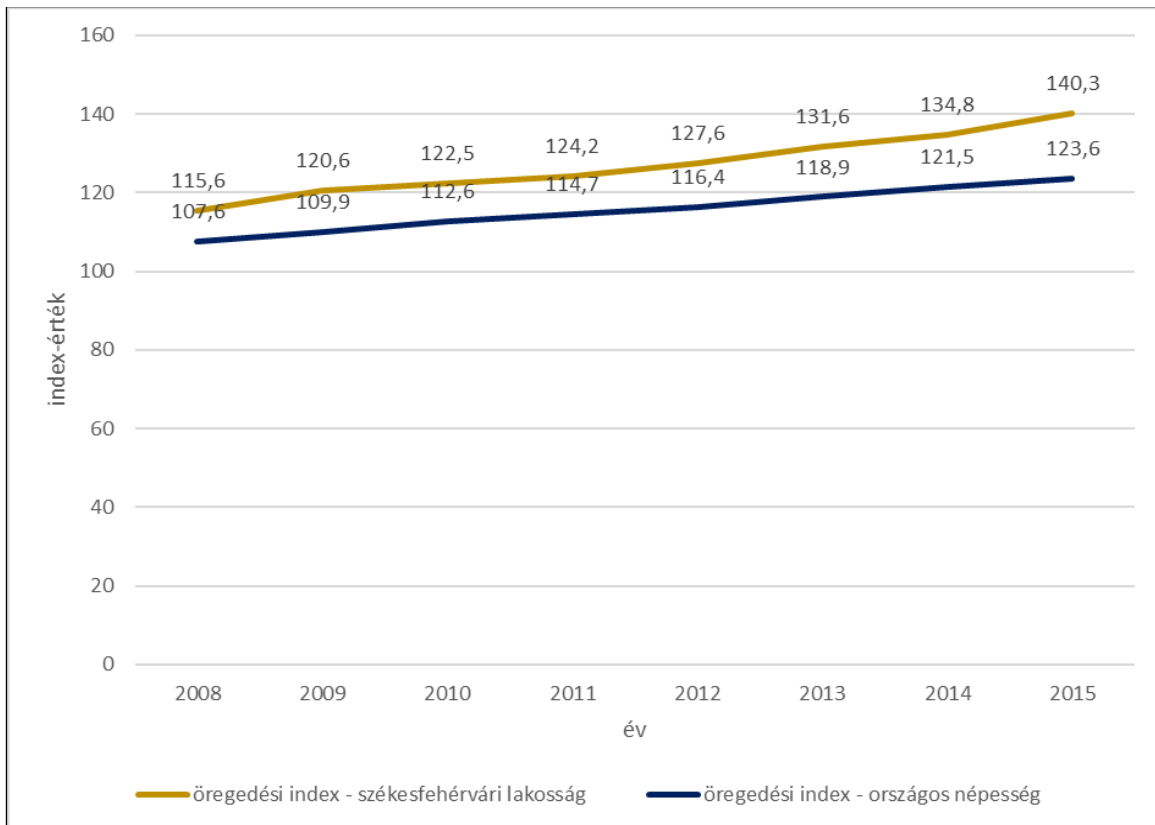
¹⁸ Az öregedési index a 14 éves és fiatalabb népességre jutó, 65 éves és idősebb népesség arányát mutatja.

4. diagram: Székesfehérvár lakosságának korcsoport szerinti összetétele, 2008-2015



Forrás: KSH TEIR adatbázis

5. diagram: A székesfehérvári népesség öregedési indexének változása, 2008-2015

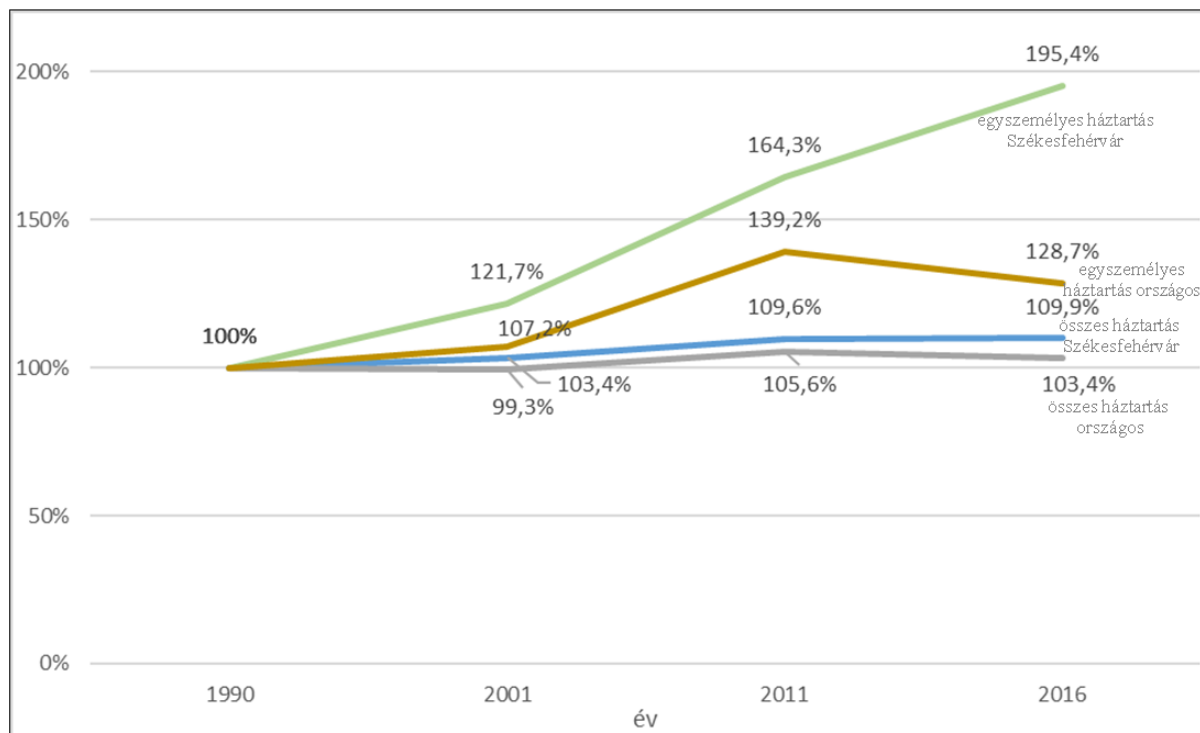


Forrás: KSH TEIR adatbázis

Az öregedési index változása rámutat arra a helyzetre, hogy Székesfehérvárott a helyi népességben belül az idősek arányának növekedése az e tekintetben az ország teljes népességére jellemző növekedés mértékét meghaladta.

A helyi népesség fogyása és öregedése mellett – e demográfiai jellemzőkkel valószínűsíthetően összefüggésben – az egyszemélyes háztartások száma és aránya növekedett a városban (6. diagram).

6. diagram: Az egyszemélyes és az összes háztartás számának az 1990. évben regisztrált számokhoz viszonyított változása Székesfehérvárott és az ország egészében 1990, 2001, 2011, 2016



Forrás: KSH TEIR adatbázis és saját számítás

Amint az a diagram alapján megállapítható, míg országosan mind az egyszemélyes, mind az összes háztartás száma csökkent, addig Székesfehérvárott mindkét háztartástípus száma növekedett. Ugyanakkor, a vizsgált időszakban a városban lévő összes háztartás száma mintegy 10%-kal lett több, de az egyszemélyes háztartások száma megduplázódott.

A mortalitás és morbiditás mutatók tekintetében a Székesfehérvár városában a 2008. és 2015. években *halálozási okokként* leggyakrabban előforduló öt tényező vizsgálata történt. A vizsgált időpontok közötti változás azonosítása érdekében az országos és a helyi populáció korelációjának eltéréseiből adódó különbségek kizárásra kerültek.

Ezáltal a standardizált halálozás¹⁹ (SHA) értékei a felnőtt lakosság körében az alábbiak szerint alakultak:

		2008.	2015.	változás
IX. Keringési rendszer betegségei (I00-I99) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	6,45	6,66	0,21
	<i>helyi</i>	4,87	5,04	0,17
II. Daganatok (C00-D48) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	3,27	3,39	0,12
	<i>helyi</i>	2,85	3,5	0,65
XI. Emésztőrendszer betegségei (K00-K92)(ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	0,84	0,65	-0,19
	<i>helyi</i>	0,78	0,53	-0,25
X. Légzőrendszer betegségei (J00-J99) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	0,62	0,86	0,24
	<i>helyi</i>	0,70	0,47	-0,23
XX. Morbiditás és mortalitás külső okai ²⁰ (V01-Y98) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	0,45	0,61	0,16
	<i>helyi</i>	0,35	0,55	0,2

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

A vizsgált halálozási okok tekintetében kitűnik, hogy a 2008. és 2015. közötti időszakban sem országosan sem Székesfehérvár viszonylatában a vezető halálokok és az azok előfordulási gyakorisága alapján meghatározott sorrend nem változott. Az egyes halálokok gyakoriságának sorrendje a Székesfehérvári helyzetet illetően változott: míg korábban a morbiditás és mortalitás külső okaira visszavezethető halálokok fordultak elő a legalacsonyabb gyakorisággal, addig 2015. évre a légzőrendszer betegségeivel összefüggő halálozások ezer főre jutó gyakorisága váltak a legalacsonyabb gyakoriságú halálokká.

A leggyakoribb halálökként megjelenő keringési rendszer betegségeinek ezer főre jutó száma a vizsgált időszakban Székesfehérvárott növekedett. Ez a tendencia megegyezik ugyan az e halálok gyakoriságának változásra jellemző országos tendencia irányával, azonban az emelkedés mértéke az országos emelkedés ütemétől elmaradt. Ily módon az ország egészére jellemző értékhez képest még mindig közel 1,5 fővel kevesebb a keringési rendszer betegségeire visszavezethető halálozás a városban.

A daganatos betegségek, mint a második leggyakrabban szereplő halálok esetén szintén a növekvő országos és helyi tendencia figyelhető meg, azonban ebben az esetben a Székesfehérvárra jellemző emelkedés mértéke az országos emelkedés mértékét meghaladta, ugyanakkor az ezer főre jutó érték az ország egészére jellemző értéktől nagyságrendileg nem tért el.

Az emésztőrendszer betegségeit, mint harmadik leggyakoribb halálomot tekintve az állapítható meg, hogy mind országosan mind helyben ezen halálok előfordulási gyakorisága csökkent, de Székesfehérvár esetében a csökkenés mértéke az ország más részeire jellemző mértéket meghaladta. Mindazonáltal az ezer főre jutó érték az ország egészére jellemző értéktől nagyságrendileg nem tért el.

A légzőrendszer betegségeit vizsgálva az állapítható meg, hogy míg az országos adatok emelkedést, addig a székesfehérvári adatok csökkenést mutattak. A változás egyértelműen figyelmet érdemlő, mivel a 2008. évi adatok szerint a székesfehérvári mutató az ország egészére jellemző mutatóhoz képest rosszabb volt.

19 Referencia populációként az EUROSTAT által 2013-ban kiadott „Revision of the European Standard Population” riport 121. oldalán található standard populáció került alkalmazásra.

20 Ez a mutatót az Egészséges Városok indikátor-rendszerben az „egyéb leggyakrabban előforduló halálok” megfelelője, amely alapvetően a baleseti halál és az öngyilkosság, mint halálokok adatait tartalmazza.

Ez a helyzet 2015-re megváltozott, és ennek a haláloknak az esetén az ezer főre jutó halálozások száma a vizsgált időszakban az ország egészére jellemző értéknek mintegy a felét tette ki. Azért is figyelemre méltó ez a változás, mivel a 2016. év elején végzett lakossági kérdés adatai alapján a „szennyezett levegő” mint probléma fontosságának megítélése a 2010. évi adatgyűjtés eredményéhez képest nem változott: a város lakói korábban is és legutóbb is a 7. fontos problémaként említették ezt a tényezőt, és az egyetlen olyan problémaként, amelynek az egészségi állapotra gyakorolt hatása laikusként is egyértelműsíthető.

A morbiditás és mortalitás külső okai besorolásba tartozó halálozások száma mind helyi mind országos tekintetben enyhén emelkedő tendenciát mutat, azonban a Székesfehérvárra jellemző emelkedés mértéke az országos emelkedés mértékét meghaladta. Mindazonáltal az ezer főre jutó városi érték az ország egészére jellemző értéktől nagyságrendileg nem tért el.

Mindent összevetve a vezető halálokok tekintetében az állapítható meg, hogy a vizsgált időszakban Székesfehérváron az ország egészére jellemző helyzethez képest a keringési rendszer halálokok esetében lényegesen kedvezőbb volt a helyzet, míg a légzőrendszer betegségeit jelentő halálokokat tekintve jelentős javulás volt tapasztalható. Ennek eredményeként az ország egészére jellemző értékekhez képest a városi értékek fele akkora halálozási gyakoriságot mutattak. Romló helyzetre figyelmeztet azonban a daganatos halálokok országos mértékét meghaladó a növekedése, valamint morbiditás és mortalitás külső okai halálokok enyhe emelkedése.

Az *alacsony testsúllyal születés* mutatója a vizsgált időszakban a székesfehérvári lakosok vonatkozásában jelentősen romlott. Az ország egészére jellemző helyzethez képest a 2008. évben a városi adatok jelentősen jobb értéket mutattak, mivel ezer szülésre közel 20 fővel kevesebb alacsony testsúllyal születés jutott, mint országosan. Mindez 2015. évre megváltozott, és jelentős emelkedést követően az ezer szülésre jutó alacsony testsúllyal születés száma az országos értéket közel 6 fővel meghaladta.

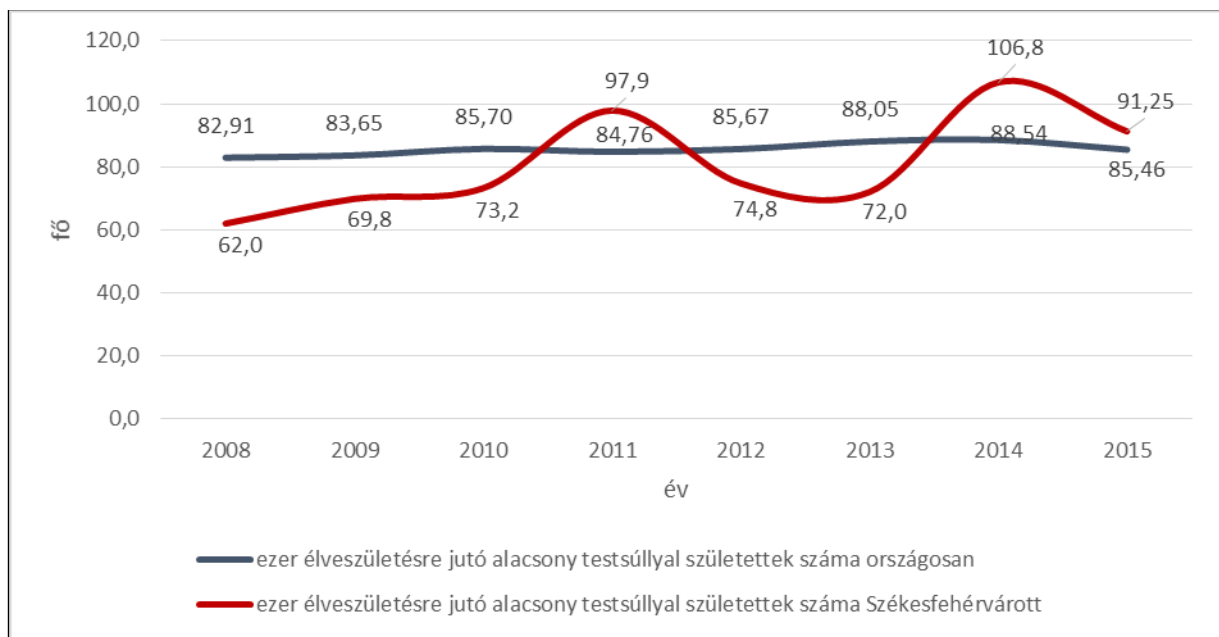
		2008.	2015.	változás
ezer szülésre jutó alacsony testsúllyal születettek száma ²¹	<i>országos</i>	82,91	85,46	2,55
	<i>helyi</i>	62,00	91,25	29,25

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

21 Az Egészséges Városok indikátor-rendszer 2000g alatti súlyt tekinti az alacsony testsúllyal születés határértékének. A magyarországi klasszifikáció az alacsony testsúllyal születés határértékét 2500g értékben jelöli meg és az adatgyűjtés is ennek megfelelően történik. Így a közölt adatok a 2500g-nál kisebb súllyal születettek vonatkoznak.

A vizsgált évek közötti időszak változásait az 7. diagram mutatja.

7. diagram: Ezer élveszületésre jutó 2500g kisebb súllyal született gyermekek száma Székesfehérvárott és országosan, 2008-2015



Forrás: Központi Statisztikai Hivatal (www.ksh.hu) *Élveszületések száma Székesfehérvárott és országosan, 2500g kisebb súllyal született gyermekek, 2008-2015* egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállomány alapján saját számítás

A védőoltásban részesült gyermekek számát tekintve a város lakosságára a kötelező vakcináció okán a korábbi helyzethez hasonlóan a teljes körű átoltottság a jellemző

- a tuberkulózis elleni BCG védőoltás;
- a diftéria-tetanusz-acelluláris pertussis elleni 2, 3, 4, 18 hónapos és 3 éves korhoz kötött oltás;
- valamint a morbilli (kanyaró)-mumpsz-rubeola oltások esetén²².
- A HPV fertőzés elleni védőoltás esetén az oltásra jogosult 12 éves lányok átoltottsága 2009. és 2013. évek közötti időszakban 78% és 84% között változott. Székesfehérvár azon kevés magyarországi város közé tartozik, ahol a HPV fertőzés elleni védőoltás a 12 éves fiúk számára az önkormányzat által támogatottan – térítésmentesen - igénybe vehető. E tekintetben az átoltottság az oltásra jogosultak körében 2016. és 2018. évek időszakában 69% és 73% között változott.

Az időszakos fertőző betegségek (pl. influenza), illetve az egyéb védőoltások (pl. fertőző agyhártya-gyulladás) vonatkozásában települési szintű adatok nem állnak rendelkezésre.

22 Forrás: Baranya Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály

2. Az egészségi és egészségügyi ellátórendszer humán-erőforrás kapacitásainak mutatói

Az egészségügyi oktatási programok számát tekintve Székesfehérvárott a korábbi időszakra jellemző helyzethez képest jelentős változás következett be. Míg az első Egészségfejlesztési Terv kidolgozásának időszakában egészségügyi oktatási programokat összesen 21 szakiskolai, szakközépiskolai és OKJ képzés jelentette, addig jelenleg már számos olyan tudásátadó, szemléletformáló és felvilágosító program is a lakosság rendelkezésre áll, amely az egészség megóvása vonatkozásában meghatározó fontosságú lehet. Ily módon megállapítható, hogy a korábban csak az iskolarendszerű vagy OKJ végzettséget adó képzési formák mellett az Önkormányzat és a civil szervezetek által szervezett edukációs lehetőségek is megjelentek. Ezek a rendezvények számos esetben az egészségvédelem hazai vagy nemzetközi jeles napjaihoz kapcsolódnak és lehetőséget teremtenek a lakosság számára, hogy a legszélesebb körű ismeretszerzés révén gyarapíthassák, mélyíthessék tudásukat a saját és a környezetükben élők egészségi helyzetének javítását illetve az egészségi állapotuk megőrzését és életminőségük fejlesztését illetően.

A helyi közösség különböző csoportjai számára az Önkormányzat és/vagy a civil szféra formális vagy informális szereplői által az egészségnevelést és ismeretátadást célzó rendszeresen megszervezett programok a következők:

- Elsősegélynyújtó tanfolyamok
- Szülők Akadémiája
- Nyílt nőgyógyászati szűrőnap
- Vese Világnap
- Férfi szűrőnap
- Sportmajális - Egészségsátor
- Születés Hete
- Perifériás érbetegség szűrés
- „Tiszta egészséges Székesfehérvárért” városi futóverseny
- Anyatejes Táplálás Világnapja
- Szívünk Napja
- Séta a mellrák ellen
- Nemzetközi Babahordozó Hét
- Diabetes Világnap
- Döntésünk a jövőnk - prevenció vetélkedő
- Adventi szűrőprogram
- Városrészenként szervezett szűrőnapok, egészség-programok

A felsorolt rendezvényeknek külön kiemelendő érdeme, hogy mindamelllett, hogy az egészséggel kapcsolatos ismeretátadás meghatározó fontossággal jelenik meg a programkínálatban, számos esetben az aktív testmozgás lehetősége is rendelkezésre áll a résztvevők számára. Egyes esetekben az aktív testmozgás a határozott hívó szó, amely mellé minden esetben az egészséges életmód kialakításához szükséges praktikus ismeretek és jártasságok átadása is megtörténik.

Az iskolarendszerű képzésben aktuálisan elérhető egészségügyi oktatási programok felsorolását – amelyekből jelenleg négy oktatási szolgáltató általi szervezésben, 16 képzés áll a rendelkezésre – az 1. számú függelék *1. melléklete* tartalmazza.

Az egy háziiorvosra jutó betegek száma vonatkozásában megállapítható, hogy az egy felnőtt háziiorvosra jutó ellátandók száma Székesfehérvárott valamelyest növekedett, így nem változott az a helyzet, hogy az országos értéket meghaladó számú ellátott jut egy háziiorvosra. A házi gyermekorvosi praxisok esetén annak ellenére, hogy növekedett az egy háziiorvosra jutó ellátottak száma, a korábbi kedvező helyzet továbbra is megmaradt, mivel jelenleg is kevesebb ellátotti létszám jut egy háziiorvosra Székesfehérváron, mint az ország egészére jellemző érték. A körzeti betegápolók esetén a vizsgált időszakban az egy főre jutó betegek száma sem az ország egészét tekintve, sem a helyi értékek vonatkozásában 10%-ot meghaladó mértékben nem változott.

		2008.	2015.	változás
Az egy felnőtt háziiorvosra jutó betegek száma (fő)	országos	1609,8	1665,7	55,9
	helyi	1883,9	1935,3	51,4
Az egy gyermek háziiorvosra jutó betegek száma (fő)	országos	1270,3	1254,8	-15,5
	helyi	769,2	846,3	77,1
Az egy körzeti betegápolóra jutó betegek száma (fő)	országos	1759,5	1771,2	11,7
	helyi	1730,1	1704,6	-25,5

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

A társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma tekintetében nem áll rendelkezésre információ.

Az idegen nyelvet beszélő háziiorvosok számára vonatkozó információ a háziiorvosok megkérdezésével került összegyűjtésre. A válaszok alapján az állapítható meg, hogy az 57 megkérdezett háziiorvos közül 23 válaszolt.

A válaszok megoszlása a beszélt idegen nyelvek vonatkozásában az alábbiak szerint alakult:

idegen nyelv	adott idegen nyelvet beszélő háziiorvosok száma (fő)	nyelvismeret szintje
angol	9	alapszint: 1 fő
		társalgási szint: 8 fő
német	3	alapszint: 1 fő
		társalgási szint: 1 fő
		középszint: 1 fő
román	1	anyanyelvi szint
angol & német	5	angol alapszint & német társalgási szint: 1 fő
		angol társalgási & német alapszint.: 1 fő
		angol & német társalgási szint: 3 fő
angol & orosz	1	angol középfok & orosz alafok
német & orosz	1	német & orosz középfok
angol & francia & arab & román	1	angol & francia & arab & román társalgási szint
nem beszél idegen nyelvet	2	---

Forrás: Háziiorvosok adatszolgáltatása

A válaszok alapján az állapítható meg, hogy a legtöbbször által beszélt idegen nyelv az angol, és ezt a válaszadó háziiorvosok jellemzően társalgási szinten beszélik. A második leggyakrabban beszélt idegen nyelv a német, jellemzően alap és középszintű tudással. Kettő olyan válaszadó volt, aki a saját megítélése szerint idegen nyelvet nem beszél.

Az önkormányzat által tárgyalt az egészségügyhöz kapcsolódó napirendek mint indikátort tekintve 2015. évben a Székesfehérvár Megyei Jogú Város Közgyűlése által összesen tárgyalt 420 előterjesztés közül 7 előterjesztés (1,7%), míg a 2016. évben az összesen tárgyalt 524 előterjesztés közül 4 (0,8%) a 2017. évben az összesen tárgyalt 522 előterjesztés közül 5 (1%) kapcsolódott az egészségügyhöz, illetve az egészséghez, mint prioritáshoz. Lényeges azonban megemlíteni, hogy az előterjesztések között mindhárom évben szerepelt az az előterjesztés, amely keretében a járási tiszti főorvos adott tájékoztatást Székesfehérvár város lakosságának előző évi egészségügyi és közegészségügyi helyzetéről. Tekintettel arra, hogy ilyen témájú beszámoló már 2008-ban is szerepelt az előterjesztések között, ez egy kialakult városi gyakorlatként tekinthető, amely támogatja a döntéshozóknak a helyi egészség-viszonyokkal kapcsolatos tájékozottságát. Az előterjesztések címeinek felsorolását az 1. számú függelék 2. melléklete tartalmazza.

3. A környezet-egészségi kockázatok mutatói

A légszennyezetségi adatok elemzése a korábbi helyzethez hasonlóan arra enged következtetni, hogy Székesfehérvár város levegőminőségét továbbra is a termelő üzemek emissziója valamint a gépkocsi-közlekedésből és az épületek fűtéséből származó levegőszennyezés együttesen határozzák meg. A 2015. évre vonatkozóan a levegőminőség alakulását a 24 órás (az ózon és a szén-monoxid esetén 8 órás) automata mérőhálózat éves átlagai alapján az alábbi adatok mutatják:

		2008.	2015.	változás	határérték túllépés 2008 (db)	határérték túllépés 2015 (db)
szén-monoxid ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	5000	5000	-	-	-
	helyi adat	658	683	25	0	0
nitrogén-dioxid ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	85	85	-	-	-
	helyi adat	21,2	20,5	-0,7	0	296
szálló por (PM10) ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	50	50	-	-	-
	helyi adat	28	15	-7	22	4
nitrogén-oxidok ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	150	150	-	-	-
	helyi adat	38,5	37,7	-0,8	0	296
ózon ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	120	120	-	-	-
	helyi adat	78,4	37,4	-41	0	0
benzol ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	10,0	10,0	-	-	-
	helyi adat	0,4	0,3	-0,1	45	0

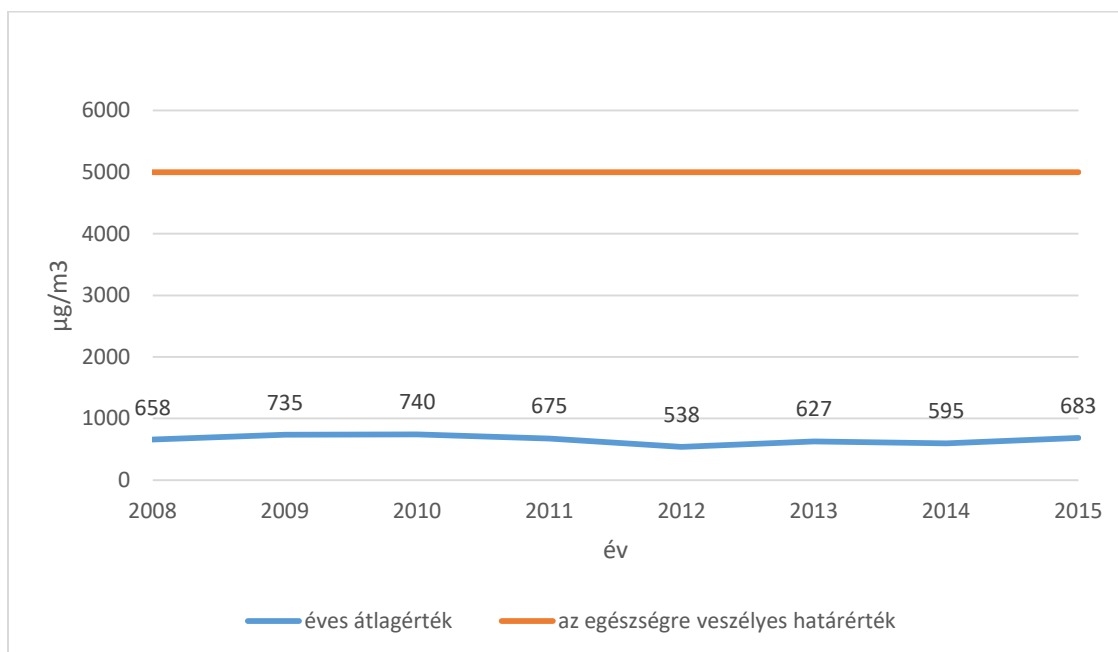
Forrás: OMSZ 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

A Palotai u. – Mészöly G. u. kereszteződésében elhelyezett automata mérőhely fentebb közölt adatai szerint a szén-monoxid²³ koncentrációjának éves átlaga a vizsgált két időpontot tekintve ugyan minimális mértékben emelkedett, de az egészségi kockázatot jelentő határértéktől még így is messze elmaradt. Határérték túllépés e szennyező tényező esetén sem a korábbi sem a jelenlegi vizsgált évben nem került regisztrálásra.

A vizsgált időszak egyes éveiben a város levegőjének szén-monoxid koncentrációja a 8. diagram adatai szerint alakult.

²³ A szén-monoxid, mint légszennyező tényező jellemzően a fosszilis tüzelőanyagok tökéletlen égésénél keletkezik, amelynek a települési környezetben a fő forrása a gépjármű-közlekedés és a lakossági fűtés emissziója.

8. diagram: Szén-monoxid koncentráció éves átlaga Székesfehérvárott, 2008-2015



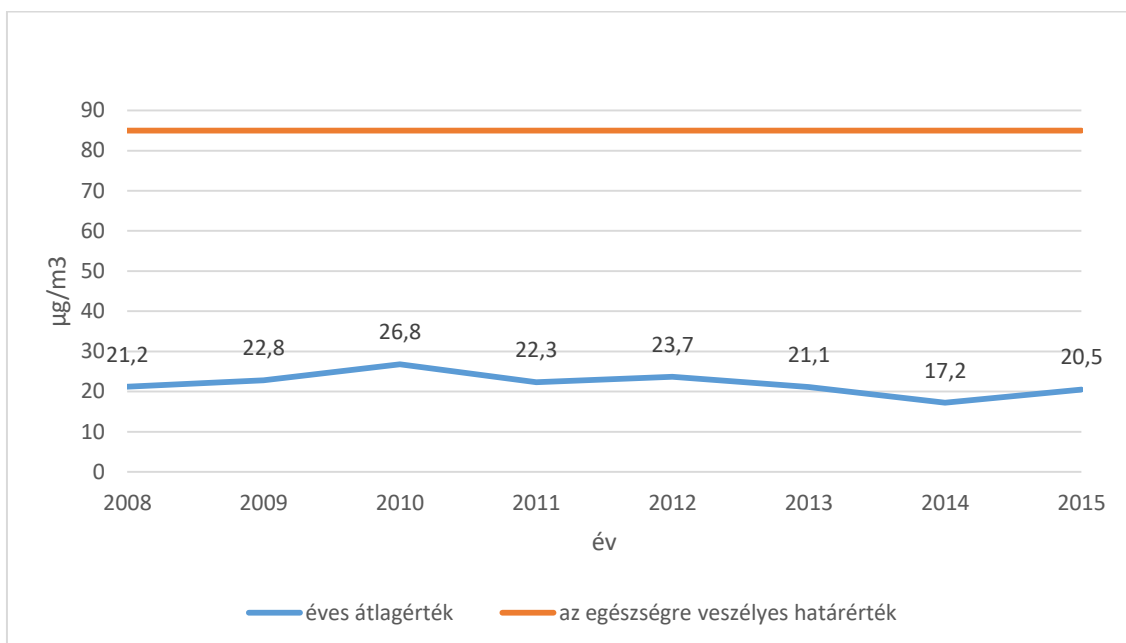
Forrás: OMSZ 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

A nitrogén-dioxid és a nitrogén-oxidok²⁴ éves átlagos koncentrációja minimális mértékben csökkent és az egészségi kockázatot jelentő határértéktől is messze elmaradt. Ugyanakkor, míg a 2008. évben egyetlen esetben sem került határérték túllépés regisztrálásra, addig a 2015. év során 296 alkalommal haladta meg az NOx koncentráció az egészségre veszélyes határértéket.

A vizsgált időszak egyes éveiben a város levegőjének NOx koncentrációja a 9. és a 10. diagramok adatai szerint alakult.

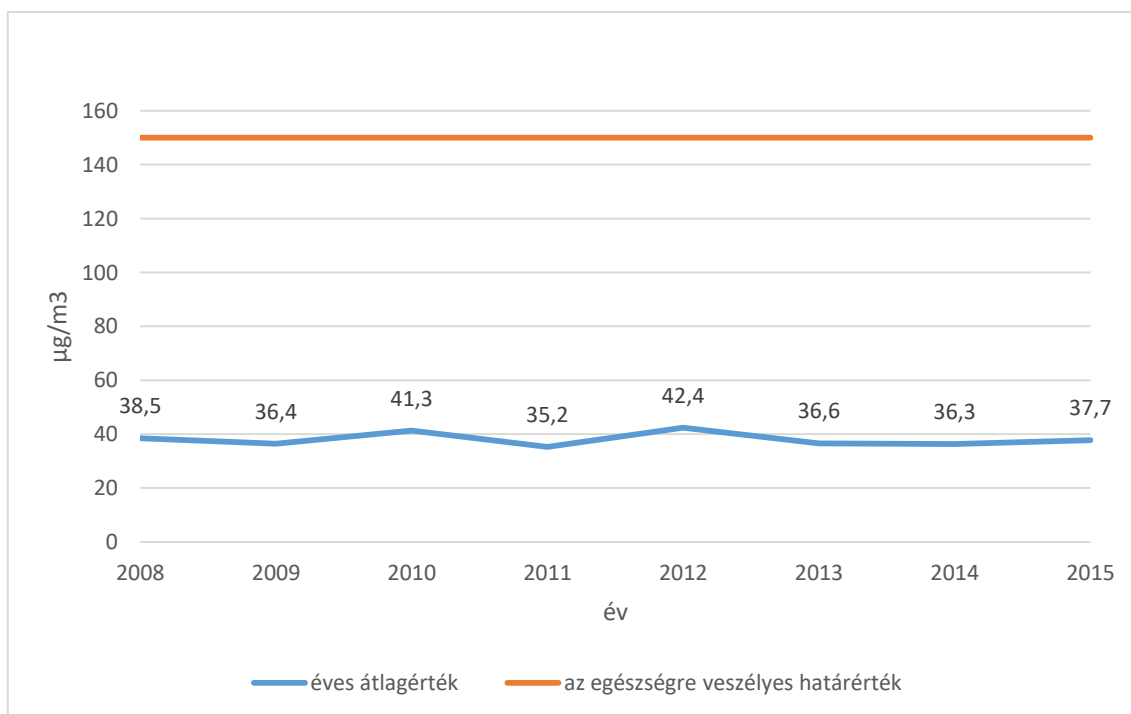
24 A nitrogén-dioxid általában nem közvetlenül kerül a levegőbe, hanem nitrogén-oxidok más anyagokkal történő légköri reakciói során alakul ki. A nitrogén-oxidok elsősorban a gépjármű-közlekedés és a gázfűtés égéstermékeiben találhatók.

9. diagram: Nitrogén-dioxid koncentráció éves átlaga Székesfehérvárott, 2008-2015



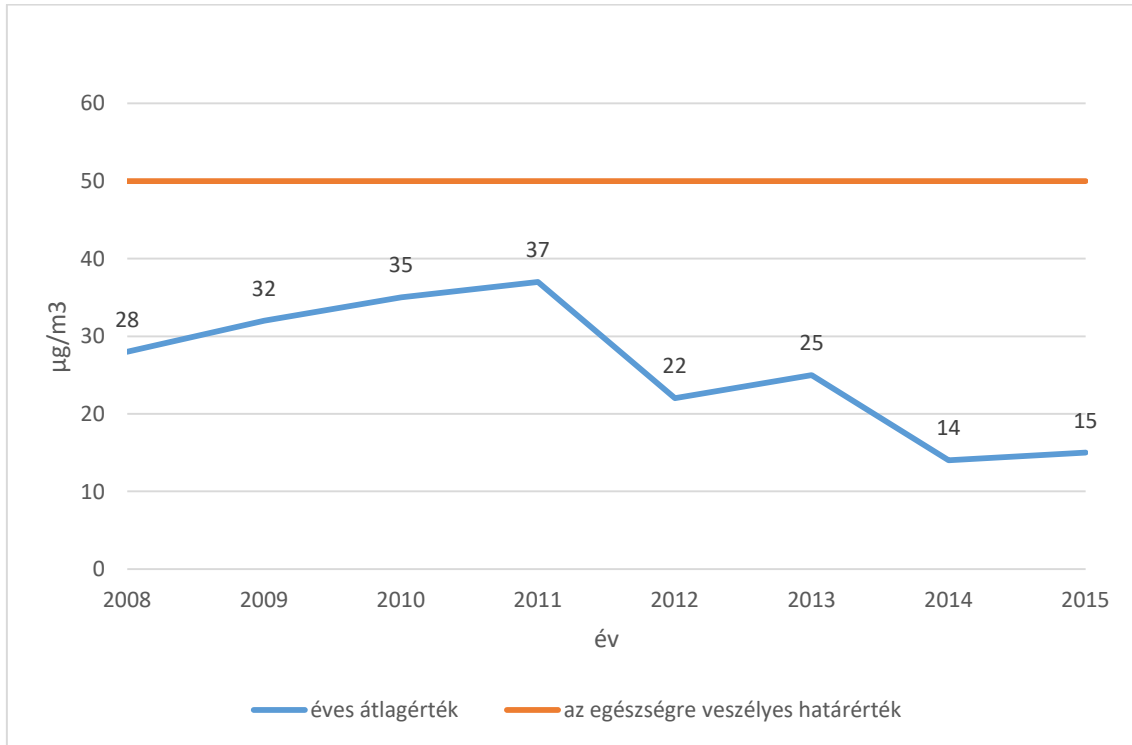
Forrás: OMSZ 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

10. diagram: Nitrogén-oxidok koncentrációjának éves átlaga Székesfehérvárott, 2008-2015



Forrás: OMSZ 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

A szálló por²⁵ terhelés koncentrációjának éves átlagértéke mintegy 30%-kal csökkent és így az egészségre veszélyes határérték kevesebb, mint harmadát jelentő értéket mutatott. A határérték túllépések száma is a 2008-as értékhez képest jelentősen visszaesett, ami meghatározó levegőminőség javulást jelezhet. A vizsgált időszak egyes éveiben a város levegőjének szálló por koncentrációja az 11. diagram adatai szerint alakult. *11. diagram: Szálló por (PM10) koncentráció éves átlaga Székesfehérvárott, 2008-2015*



Forrás: OMSZ 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

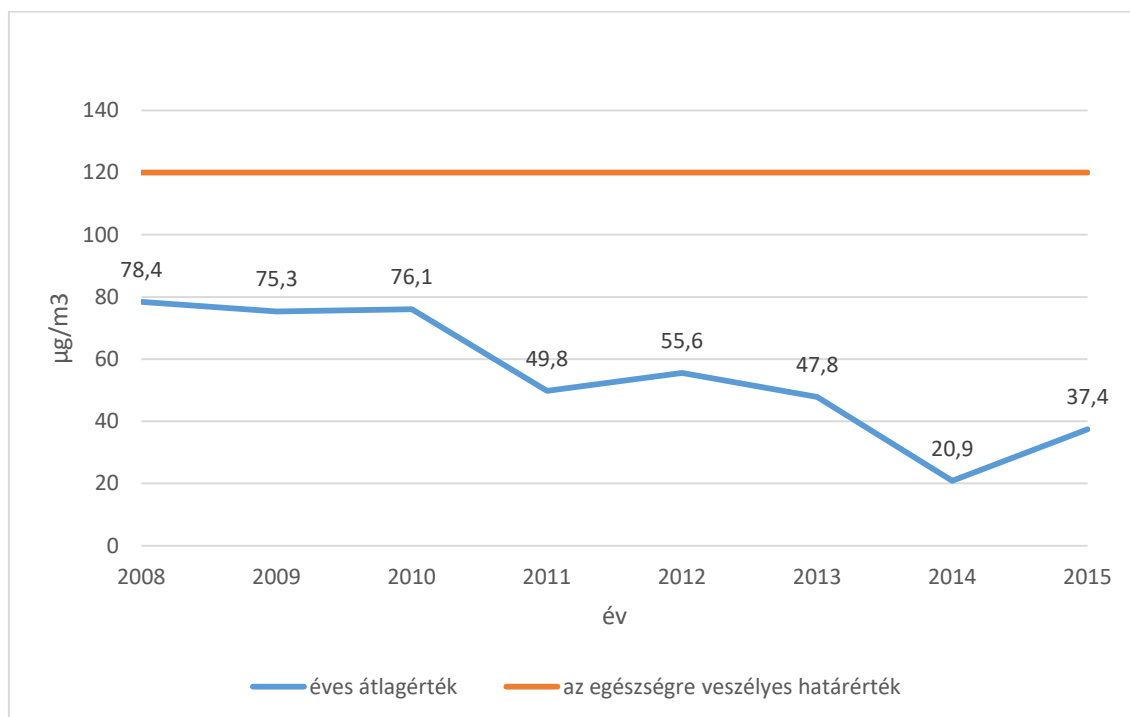
Az ózon²⁶ koncentrációjának éves átlagértéke a vizsgált időpontok között, több mint a felére csökkent ezáltal az egészségre veszélyes határérték negyedéhez közelített. A korábbi helyzethez hasonlóan határérték túllépés a 2015. évben sem került regisztrálásra.

A vizsgált időszak egyes éveiben a város levegőjének ózon koncentrációja a 12. diagram adatai szerint alakult.

25 A szálló por forrása jellemzően a talajerózió, a szén, olaj, fa, hulladék eltüzelése, a közúti közlekedés, és ipari technológiák általi kibocsátás.

26 Az ózon emissziót tekintve a primer szennyező anyagok a kipufogó gázokból, más égési folyamatokból, oldószerek ipari alkalmazásából és felületkezelési technológiákból kerülnek a levegőbe ahol a napfény hatására kémiai reakciókat követően jelenik meg az ózon.

12. diagram: Ózon koncentráció éves átlaga Székesfehérvárott, 2008-2015

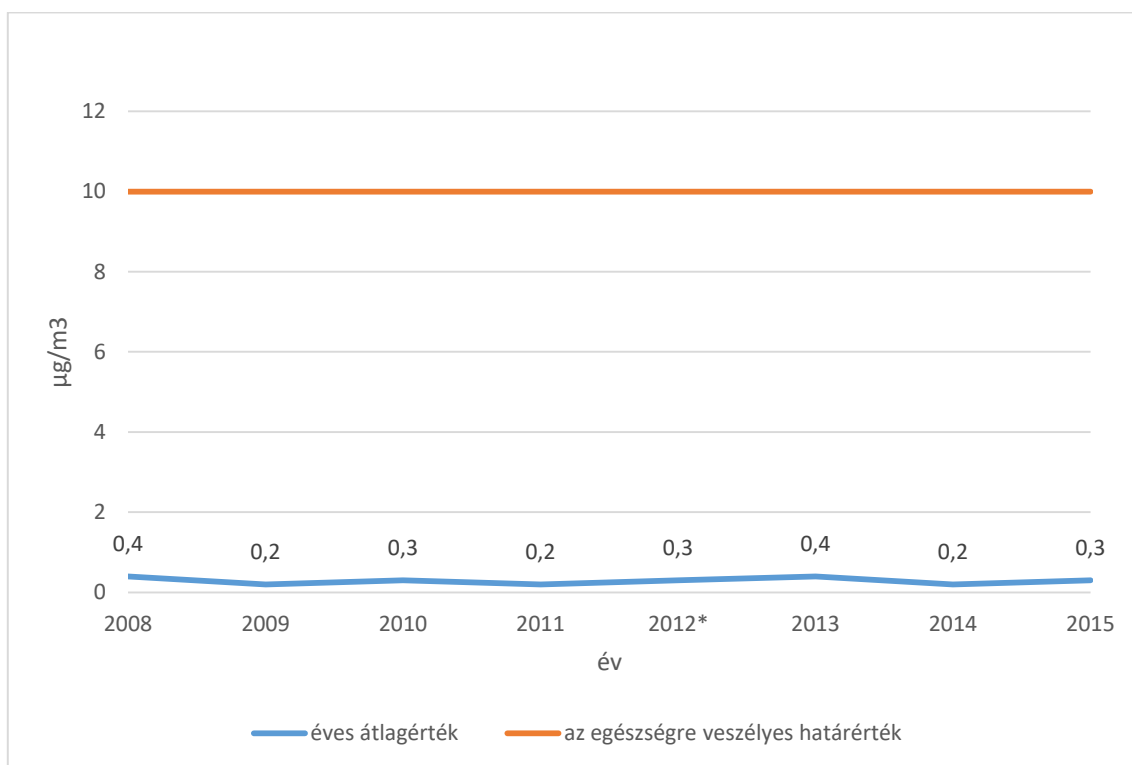


Forrás: OMSZ 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

A benzol²⁷ koncentrációjának éves átlagértéke a 2008-ban mért alacsony értékhez képest is tovább csökkent az egészségre veszélyes érték 3%-ig. Ugyanakkor az e kockázat mérséklődését illetően szemléletesebb adatként szolgál, hogy míg 2008-ban 45 határérték túllépés került regisztrálásra, addig 2015-ben határérték túllépés nem történt. A vizsgált időszak egyes éveiben a város levegőjének benzol koncentrációja a 13. diagram adatai szerint alakult.

²⁷ A benzol légszennyező tényező túlnyomó többsége a benzinüzemű járművek belsőégésű motorjainak égéstermékéeként kerül a levegőbe.

13. diagram: Benzol koncentráció éves átlaga Székesfehérvárott, 2008-2015



Forrás: OMSZ 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

Mindent egybevetve az Országos Meteorológiai Szolgálat a 2015. évi értékelésében Székesfehérvár városának levegőminőségét az összes vizsgált tényezőt együttesen tekintve „jó” minősítéssel értékelte. A lakossági adatgyűjtés során a megkérdezettek szintén a levegő tisztaságának javulását érzékelték, mivel korábbi 3,03 átlagértékhez képest jelenleg 3,31 átlagértékkel fejezték ki az ez irányú elégedettségüket

A város vízminőségére vonatkozó adatok szerint a városi ivóvízellátás vízminősége és mennyisége továbbra is megfelelő, a külső lakott területek (Kisfalud, Börgönd, Csala) vezetékes vízellátása is biztosított. Az ivóvíz szolgáltatás során a szolgáltatott ivóvíz minőségére vonatkozó elvárásokat az ivóvíz minőségi követelményeiről és az ellenőrzés rendjéről szóló 201/2001. (X.25.) Korm. rendelet szabályozza. E jogforrás összesen 57 vízminőségi paraméter felső határértékét rögzíti. Székesfehérvár és környékének vezetékes ivóvíz szolgáltatását a Fejérvíz Zrt. végzi. Az ivóvíz minőségét a szolgáltató egyrészt a saját akkreditált laboratóriumában folyamatosan ellenőrzi, másrészt a szükséges kontrollvizsgálatokat a Kormányhivatal szakemberei végzik el.

A Székesfehérvár város területén szolgáltatott ivóvíz minőségét jelző mutatók a következők:

Vízminőségi jellemzők		2015.
nitrit (mg/l)	határérték	0,5
	helyi adat	<0,02
nitrát (mg/l)	határérték	50
	helyi adat	2-12
fluorid (mg/l)	határérték	1,5
	helyi adat	0,2
Vízminőségi jellemzők		2015.
arzén (ug /l)	határérték	10
	helyi adat	<1
szulfát (mg/l)	határérték	250
	helyi adat	30-200
vas (mg/l)	határérték	0,2
	helyi adat	0,02-0,1
mangán (mg/l)	határérték	0,05
	helyi adat	0,03-0,05
ammónium (mg/l)	határérték	0,5
	helyi adat	<0,03
klorid (mg/l)	határérték	250
	helyi adat	4-40
nátrium (mg/l)	határérték	200
	helyi adat	20-10
kalcium (mg/l)	határérték	nincs meghatározva
	helyi adat	126
magnézium (mg/l)	határérték	nincs meghatározva
	helyi adat	52
pH érték	határérték	$\geq 6,5 \leq 9,5$
	helyi adat	7,2-8,2
összes keménység (nk°)	határérték	$\geq 5 \leq 35$
	helyi adat	19-33

Forrás: Fejérvíz Zrt.

A vízminőség szempontjából meghatározó egyes elemek vizsgálatát tekintve az állapítható meg, hogy egyetlen elem – mangán – esetén éri el a mért érték felső határa a határértéket, míg a többi elem esetén attól jelentősen elmarad. Az ivóvíz esetén közismerten egészség-kockázatot jelentő arzén és nitrát tartalom a megengedett határértéktől jelentősen elmarad. A pH értéket tekintve a semleges 7 pH értékhez képest a székesfehérvári szolgáltató által biztosított vezetékes víz kissé lúgos kémhatású, azonban az emberi szervezetre jellemző 7,35-7,45 pH értékéhez jól közelít. A víz keménységét tekintve inkább kemény víz, ami élettani hatását tekintve inkább egészséges, mint káros, mivel a kalcium a csontozat denzitásának megőrzését, így az osteoporózis kockázatának csökkentését segíti és a felnőttek esetén a szükséges napi bevitel mintegy 800 mg-os mennyiségét segít természetes forrásból fedezni. A vízkeménység másik jelentős meghatározója a magnézium, amelynek az idegekre és az izomzatra gyakorolt pozitív hatása érdekében szükséges 300-400 mg napi beviteléhez a kemény víz fogyasztása szintén hozzájárul. A vezetékes ivóvíz minőségével való lakossági elégedettség a vizsgált időszakban javult, amit a korábbi – 2011. évi - 3,18 értékelés – 2016. évi - 3,64 átlagértékre való változása is jelez.

A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkön belül indikátorra vonatkozóan megállapítható, hogy a szennyvíz általi vízszennyezés elsődleges forrása – a havaria helyzeteket és üzemzavarok hatását nem számítva – a szikkasztókból elszivárgó tisztítatlan szennyvíz, valamint az illegális szennyvízelhelyezés. A 2008. évben az akkor még csatornázatlan vagy részben csatornázott városrészekből (Felsőváros, Órhalmi szőlők, Öreghegy jelentős része, Ráchegy egyes utcái, Börgönd, Csala, Kisfalud) becsülhetően 800-1000 m³/nap mennyiségű szennyvíz kerül a talajba, mint szennyező forrás. Ugyanakkor a 2012.-től kezdődően megvalósított KEOP támogatásból finanszírozott szennyvíz-hálózat fejlesztési beruházás eredményeként a város belterületi része 100%-ban csatornázottá vált. Ily módon a tisztítatlan szennyvizet sem az ipari termelők, sem a lakosság nem enged élővizekbe, és a hálózatra történt rákötések okán a szikkasztókból való elszívárgás is jelentősen csökkenhetett.

A háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma és aránya a teljes háztartásokhoz képest indikátor értéke továbbra is 100%-nak tekinthető, mivel a város teljes területén a lakossági szilárdhulladék-szállítási és kezelési rendszer, valamint a szelektív hulladékgyűjtési rendszer is kiépített.

A lakosság számára rendelkezésre álló hulladékgazdálkodási szolgáltatást illetően minőségi változást jelent, hogy a helyi szolgáltatóként működő Depónia Kft. a 2015. év második félévétől kezdődően kísérleti jelleggel bevezette a kettő edényes gyűjtési rendszert, amely során az öreghegyi ingatlanok közül mintegy 1500 ingatlan esetén, a társasházi övezetek közül a Tóvárosban került alkalmazásra az új gyűjtési mód.

Az illegális hulladéklerakók felszámolása tekintetében szintén előrelépés történt a vizsgált időszakban, mivel a 2015. év során a város területéről összesen 14,6 tonna engedély nélkül elhelyezett hulladék került összegyűjtésre és ártalmatlanításra.

A háztartási hulladék kezelésének minőségi kódexe indikátor tekintetében továbbra is érvényes, hogy a hulladékkezelés módját szabályozó, a környezet védelmének általános szabályairól szóló 1995. évi LIII. törvény, valamint a hulladékgazdálkodásról szóló 2000. évi XLIII. törvény pontosan szabályozzák a hulladékkezelés rendszerét, amely rendelkezéseknek a városban működő szolgáltató teljes körűen eleget tesz. A vizsgált időszakban a hulladékszállítási és kezelési szolgáltatással való lakossági elégedettség javult: a korábbi 3,54 átlagérték 3,83-ra változott.

A városon belüli zöldfelületek aránya index vonatkozásában az inter-city comparability lehetőségét alkalmazva a régióközpont-városok adatai kerültek összehasonlításra. Ebből az összevetésből az derül ki, hogy Székesfehérvár városában a településen belüli zöldfelületeknek a település területéhez viszonyított nagysága kedvező helyzetet mutat, mivel csak egyetlen város Pécs esetén magasabb ez az arány, míg a többi vizsgált várost illetően – leginkább Debrecen esetén – változó mértékben, de alacsonyabb értékek tapasztalhatóak.

		2015.
településen belüli zöldfelületek aránya a település területéhez képest (%)	Debrecen	0,39
	Győr	1,16
	Miskolc	1,43
	Pécs	6,58
	Szeged	1,31
	Székesfehérvár	1,73

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

		2015.
ezer főre jutó települési zöldfelület nagysága (hektár)	Debrecen	0,88
	Győr	1,56
	Miskolc	2,14
	Pécs	7,37
	Szeged	2,27
	Székesfehérvár	3,01

Forrás:KSH T-Star adatbázis és saját számítás

Az ezer főre jutó települési zöldfelület nagyságát tekintve Székesfehérvár szintén a második helyen áll a vizsgált városok között. Ez a második hely a területi arányhoz képest eltérő pozíciót jelent, mivel a sorrendben utána következő városok esetén jelentősen kisebb zöldfelület jut ezer főre, mint Székesfehérvárott.

A székesfehérvári zöldfelületre vonatkozó indikátor 2008. évi és a 2015. évi értékeinek összehasonlítása azt mutatja, hogy a zöldfelületek területe a korábbi 1,6%-os értékhez képest minimálisan emelkedett, ugyanakkor az ezer főre jutó zöldfelület nagysága esetén az emelkedés a lakosságszám változásából adódóan a korábbi 2,69ha értékhez képest nagyobb mértékű.

A zöldfelületekkel kapcsolatos helyi fejlesztések vonatkozásban fontos megemlíteni, hogy a Zöld Város – Fehérvár Tüdejé fejlesztési program részeként az erdő- és parkfejlesztés folyamata elindult, amelyben az erdőterületek és ligetek, a különböző közösségi és sportolási funkciók a szabadidő eltöltését és a rekreációt szolgálják majd.

²⁸A városi zöldterületekkel kapcsolatos lakossági elégedettség a vizsgált időszakban javuló értékelést mutatott: a korábbi 3,26-os átlagérték 3,35-re változott.

A városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára mutató nem változott, mivel továbbra sincs egyetlen olyan városi gondozásban lévő zöldfelület sem, amely mint közterület, a város lakóitól elzártan vagy akár korlátozott hozzáféréssel funkcionálna. Ily módon ezen mutató értéke 100%.

Az elhagyott ipari területek aránya a teljes területhez képest indikátorra vonatkozó korábban rendelkezésre álló adat (2003) szerint 59ha volt a nem használt iparterületek nagysága, ami a város területének mintegy 0,34%-át tette ki²⁹. Ez az érték a témához kapcsolódó intézkedések tekintetében nem jelentett meghatározó relevanciát. Mindezt Székesfehérvár város jelenleg is érvényes Integrált Településfejlesztési Stratégiája is megerősítette, miszerint Székesfehérvár tekintetében a klasszikus barnamezős területek kijelölése nem releváns, de a tágabb értelmezésében alulhasznosított építmények, telkek, elsősorban gazdasági területek beazonosíthatók.

Ilyenek lehetnek elsősorban a város szélein elhelyezkedő, korábban kereskedelmi hasznosításra szánt területek, ugyanakkor a gazdasági helyzet folyamatos javulásának hatására e területeik is ismét teljes mértékben kihasználhatóvá válhatnak.

29 Forrás: Nagy, Á és mtsi. (2003): Az EU Strukturális Alapok keretében barnamezős rehabilitációra kiírandó pályázatok szakmai megalapozása. Előkészítő tanulmány. VÁTI Kht. Településtervezési és Tájtervezési Iroda Budapest, p. 54.

A vasúti területekre vonatkozóan az állapítható meg, hogy használaton kívüli vasúti terület ugyancsak nem azonosítható. Alulhasznosított területként is mindössze talán a börgöndi vasútállomás környezete tekinthető, amely felélesztése a repülőtér gazdasági funkcióinak megteremtéséhez kötött. A város korábbi orosz-szovjet kezelésben állt laktanyaterületei, katonai területei a sóstói ipari terület kiépülésével, valamint a budai úti terület lakó és intézményfejlesztései kapcsán az elmúlt húsz évben javarészt megújultak. Az ipari területek és ipari parkok közül az alulhasznosítottság lehetőségével jelenleg leginkább az Ikarus ipari park a veszélyeztetett³⁰.

A sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma indikátorral kapcsolatban megállapítható, a Székesfehérvárott élők számára jelenleg mintegy 43 sportág képviselőjében 77 sport klub és egyesület kínál szabadidős és sportolási lehetőséget. Mindazok a létesítmények, amelyek a 2008. évben rendelkezésre álltak mintegy 10 létesítmény (Városi Uszoda, Volán Lovarda, Sóstói Stadion, Alba Regia Sportcentrum, Köfém Sportcsarnok, Műjégpálya, Alba Volán Jégkorong szakosztály, Cosmic Bowling Club, VOK Velence tavi Vízisport Iskola) továbbra is várják a sportolni, kikapcsolódni vágyókat, azonban az egészség megőrzését és a regenerálódást segítő szabadidő-eltöltés lehetőségei bővültek is.

A 2010. évben újranyitott Árpád fürdő e területen szintén széleskörű lehetőséget kínál, továbbá a „Nyitott tornatermek” kezdeményezés keretében a korábbi 14 helyszínhez képest, immáron 18 helyszín biztosít lehetőséget szervezett vagy egyéni szervezés keretében a testmozgásra³¹.

A vizsgált időszakban meghatározó fejlesztést jelentett, hogy szabadtéri testedzésre alkalmas street workout terek is kialakításra kerültek, amelyek a fizikailag aktív életmódot kedvelők igényeinek kielégítését szolgálják. Jelenleg összesen 22 fitness- és kondipark áll városszerte rendelkezésre az alábbi helyszíneken:

Erzsébet u. 2-10.	Rádió ltp. központi park	Csala
Széna tér 1.	Csanádi tér	Seregélyesi u. 95.
Halesz park	Széchenyi u. 15.	Lehel u.
Köfém ltp	Palotaváros központi park	Túrósáki u.
Tóvárosi Iskola melletti tér	Sarló u. 8-10.	
Bátky Zs. u. 6.	Beszédes József tér	
Kisfalud	Szőlő u.	
Börgönd	Cserepes köz 4.	

30 Forrás: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Településfejlesztési Konceptiójának és Integrált Településfejlesztési Stratégiájának Megalapozó Vizsgálata I. Helyzetfeltáró munkarész Székesfehérvár, 2014. május 30.

31 Forrás: szekesfehervar.hu (letöltve 2017. 01.13)

A vizsgált időszakban megvalósult fejlesztések a lakosság körében is elismerésre találtak, mivel arra a kérdésre, hogy „Mi változott a városban az elmúlt öt évben az egészségvédelem feladatait illetően” spontán válaszként a megkérdezettek mintegy 12% említette a „több ingyenes sportolási lehetőség áll rendelkezésre”, és a „sok a sport-program” válaszokat. A lakossági elégedettség növekedését jelzi az is, hogy míg a korábbi – 2011. évi - adatgyűjtés idején az Önkormányzat által biztosított sportlehetőségekkel való elégedettség 2,89 átlagértéket kapott, addig ez a legutóbbi adatgyűjtés idejére – 2016. év - 3,4 átlagértékre változott.

A *sétálóutcák hossza* összesen 4 utca: Liszt F. utca, Városház tér, Fő utca, Hősök tere, Kossuth utca, Országzászló tér, melyek együttes *hossza*: kb. 1800 méter, amely a vizsgált időszakban nem változott. Ez az érték az összehasonlításban szereplő városok többségére jellemző értékkel közel azonos, jelentősebb eltérés csak kettő város esetén mutatkozik, mivel mindkét városban rövidebb sétálóutca-értékek vannak.

		2015.
sétálóutcák hossza (m)	Debrecen	1800
	Győr	1900
	Miskolc	1500
	Pécs	1400
	Szeged	1900
	Székesfehérvár	1800

Forrás: maps.google.com

A lakossági véleménygyűjtés alapján megállapítható, hogy a város lakosságának a sétálóutcaikkal való elégedettsége vizsgált időszakban javult, mivel az elégedettség átlagértéke a korábbi – 2011. évi - 3,14-ről – 2016. évben - 3,63-ra változott. Ehhez a véleményváltozáshoz nyilvánvalóan a Fő utca és környékének felújítása is hozzájárult.

A *tömegközlekedés helyzete a városban, a tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya* indikátor tekintetében a korábbi helyzethez hasonlóan az állapítható meg, hogy a város közigazgatási területén a közösségi közlekedés szolgáltatást autóbuszos szállítással a Középnugat-magyarországi Közlekedési Központ Zrt. összesen 34 főjárat és 7 a főjáratokhoz kötődő betétjárat biztosítja. A buszmegállókat külvárosi területeken legfeljebb 500 méteres, míg a Belvárosban 300 méteres rágyalogással érhetőek el. Ily módon a közösségi közlekedés által lefedett városrészek aránya 100%. A városi közösségi közlekedés üzemideje napi 18 óra³². A lakossági véleménygyűjtés eredményei ugyanakkor azt mutatják, hogy a helyi közösség tagjai a közösségi közlekedés szolgáltatással inkább elégedetlenek, mint elégedettek. Mindez kitűnik egyrészt abból az értékelésből, amely szerint a közösségi közlekedés minőségével való elégedettség a korábban mért 2,86-os átlagértékről 2,51-re módosult. Másrészt a városi mindennapok problémáival kapcsolatos spontán említések között a korábban a nyolcadik helyen, míg jelenleg a második helyen szerepel a közösségi közlekedés problémáinak említése. Mindezen túlmenően a mindennapi élet egyéni problémái között a „nem megfelelő tömegközlekedés” válasz korábban az ötödik leggyakoribb említéssel szerepel, ami jelenleg a harmadik leggyakoribb említésre változott.

32 Forrás: Középnugat-magyarországi Közlekedési Központ Zrt.

A kerékpáros közlekedés helyzete a városban indikátorhoz tartozó adatok szerint Székesfehérvárott a legutóbbi fejlesztésnek köszönhetően – amely a Japán utca - Amerikai fasor - Holland fasor mentén történt szakasz kialakítását eredményezte – mintegy 32 km hosszan áll rendelkezésre kerékpárút³³. A más vizsgált városokkal történő összehasonlítást alapján Székesfehérvár a középmezőnyben foglal helyet.

		2015.
kerékpárút hossza (km)	Debrecen	155
	Győr	51
	Miskolc	6
	Pécs	5
	Szeged	40
	Székesfehérvár	32

Forrás:KSH T-Star adatbázis

A kerékpáros közlekedés lehetőségeivel kapcsolatos elégedettség ugyanakkor a vizsgált időszak során növekedett: a korábbi 2,79 átlagérték mutatott 3,07 értékre módosult. A régióközpont városokkal való összehasonlítás esetén azonban figyelmet érdemlő szempont, hogy a kerékpárút-hálózatának hosszában a helyi földrajzi-domborzati adottságok egyértelműen tükröződnek.

4 Az egészség társadalmi meghatározó tényezőire vonatkozó mutatók

A komfort nélküli lakásokban élő háztartások tekintetében a Népszámlálás adatai állnak rendelkezésre. Ezek szerint az ezer – legalább félkomfortos lakásban élő – háztartásra jutó komfort nélküli lakásban élő háztartás száma Székesfehérvár városában a vizsgált időszakban jelentősen változott miáltal a korábbi érték 6,7%-ra zuhant. Az ország egészére jellemző érték ugyanekkor szintén csökkenő tendenciát mutatott, azonban a helyi változás mértéke az országos trend változási ütemét jóval meghaladta.

		2005.	2011.	változás
ezer – legalább félkomfortos lakásban élő – háztartásra jutó komfort nélküli lakásban élő háztartás száma (db)	országos	125,09	45,46	-79,63
	helyi	99,14	6,68	-92,54

Nepszamlalas.hu

A lakhatási feltételek ez irányú változásai szerint a félkomfortos vagy komfort nélküli és szükséglakásokban élés problémája Székesfehérvár városában légyegében megszűnt.

A hajléktalanok becsült száma vonatkozásában megállapítható, hogy a különböző célcsoportok számára biztosított átmeneti szállások és melegedők kliensforgalmi adatai alapján³⁴ a regisztrált hajléktalanok száma mintegy 300 fő. Ugyanakkor a fedél nélkül utcán élő hajléktalanok száma további megközelítőleg 200 főre tehető. Összességében a hajléktalanok és fedél nélkül élők száma 500 fő körülire becsülhető Székesfehérvárott. Ez az érték a 2008. évben becsült 510 főhöz képest lényegi változást nem mutat.

33 Az indikátorként alkalmazott „kerékpárút” megjelölés mind az elválasztással rendelkező kerékpárút, mind a védett valamint a nyitott kerékpársáv formájában kialakított létesítményeket magába foglalja.

34 Forrás: Székesfehérvár MJV Kríziskezelő Központ

A munkanélküliségi ráta tekintetében a székesfehérvári helyzet az ország egészére jellemző értékhez képest továbbra is jóval kedvezőbb képet mutat. A nyilvántartott álláskereső a munkavállalási korú népességen belüli aránya mind országos viszonylatban, mind a helyi relációt tekintve csökkenő tendenciát mutatott a vizsgált időszakban. Mindazonáltal a helyi csökkenés mértéke az ország egészére jellemző csökkenés mértékének mintegy a dupláját teszi ki. Az országos és helyi értékek relatív különbsége a 2008. évi 1,43%-os értékről jelenleg 1,9%-ra változott.

		2008.	2015.	változás
munkanélküliségi ráta (%)	országos	4,41	3,99	-0,42
	helyi	2,98	2,11	-0,87

Forrás:KSH T-Star adatbázis és saját számítás

Mindezek alapján megállapítható, hogy Székesfehérvárott a munkanélküliség aktuális problémát nem jelent. A lakossági véleménygyűjtés eredményei is ezt tükrözik, mivel a munkanélküliség vagy a munkahely elvesztésétől való félelem – a korábbi adatgyűjtéstől eltérően – a leggyakrabban említett egyéni problémák vagy negatív dolgok felsorolás között nem jelenik meg.

A létminimum alatt élők számára vonatkozóan ugyan pontos nyilvántartást sem a város, sem más adatgyűjtésre hivatott szervezet nem vezet, azonban e probléma relevanciáját az adott településen rendszeres szociális ellátásban részesülők száma alapján felvázolható helyzetkép érzékeltetheti.

		2015.
létminimum alatt élők száma a rendszeres szociális ellátásban részesülők száma alapján (ezer főre vetítve)	Debrecen	2,87
	Győr	2,47
	Miskolc	4,52
	Pécs	5,05
	Szeged	3,14
	Székesfehérvár	3,04

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

Az ezer főre jutó létminimum alatt élők számának a rendszeres szociális segélyben részesülők száma alapján történő becslésének a vizsgált városok közötti összevetése szerint Székesfehérváron viszonylag kedvező helyzet a jellemző, mivel a legmagasabb értéket jelentő Pécs városhoz képest 45%-kal alacsonyabb az ezer főre jutó érték, míg a legjobb helyzetben lévő Győr városának adataihoz képest alig 20%-kal magasabb.

A bölcsődei, óvodai férőhelyek száma a vizsgált időszak változásokat mutat: a bölcsődei férőhelyek tekintetében országosan is és helyben is az egy férőhelyre jutó gyermekek száma csökkent. Az ország egészére jellemző csökkenés mértéke a helyi csökkenés mértékét jelentősen meghaladta, és közel fele annyi gyermek jut egy férőhelyre, mint Székesfehérváron.

		2008.	2015.	változás
egy bölcsődei férőhelyre jutó 0-2 év közötti életkorú gyermek száma (fő)	országos	11,31	2,32	-8,99
	helyi	7,43	4,76	-2,67
egy óvodai férőhelyre jutó 3-5 év közötti életkorú gyermek száma (fő)	országos	0,81	1,41	0,6
	helyi	0,68	0,66	-0,02

Forrás:KSH T-Star adatbázis és saját számítás

Az egy óvodai férőhelyre jutó gyermekszámot illetően az állapítható meg, hogy míg országos viszonylatban kismértékű emelkedés, addig helyben változatlan érték a jellemző. Ugyanakkor az óvodai férőhelyek tekintetében a helyi lehetőség kedvezőbb, mivel minden óvodába jelentkező gyermek számára a férőhely biztosított. A 2018/2019 nevelési évre vonatkozóan az adatok azt mutatják, hogy az előző nevelési évhez viszonyítva 6 óvodai csoporttal kevesebb indítására volt szükség a gyermeklétszámok alakulása miatt.

Az élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők indikátort tekintve az adatok korcsoportos bontásban nem állnak rendelkezésre. Ugyanakkor, a városban a 2015. évben mindösszesen 811 élveszülés került regisztrálásra.

Az ezer születésre jutó abortuszok száma a vizsgált időszakban mind országosan, mind helyben csökkenő tendenciát mutatott és annak mértéke sem tér el jelentősen egymástól.

		2008.	2015.	változás
ezer születésre jutó abortuszok száma (db)	<i>országos</i>	445	340	-105
	<i>helyi</i>	330	238	-92

Ezzel együtt a székesfehérvári helyzet továbbra is kedvezőbb, mint az országos helyzet, mivel az ezer születésre jutó abortuszok száma mintegy 40%-kal kevesebb, mint országosan, illetve mint 2008-ban helyben volt.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatottsági mutatói (arányuk a munkavállalók egészéhez képest) tekintetében nem állnak rendelkezésre adat

Egészségügyi oktatási programok

SZÉKESFEHÉRVÁRI SZC BUGÁT PÁL SZAKGIMNÁZIUMA ÉS SZAKKÖZÉPISKOLÁJA

- szakgimnáziumi képzés
 1. egészségügy ágazat

- szakképzések:
 1. gyakorló ápoló,
 2. ápoló
 3. gyakorló csecsemő és gyermekápoló,
 4. csecsemő és gyermekápoló
 5. gyakorló mentőápoló
 6. mentőápoló

PRISMA TANODA OKTATÁSI ÉS SZOLGÁLTATÁSI KFT.

- OKJ képzés:
 1. gyógymasszőr
 2. fertőtlenítő-sterilező
 3. regeneráló, balneoterápiás masszőr

KODOLÁNYI JÁNOS GIMNÁZIUM ÉS SZAKGIMNÁZIUM

- OKJ végzettséget adó szakképzés:
 1. sportedző

2007 KAPOS FELNŐTTKÉPZŐ KFT.

- OKJ képzés:
 1. fogászati asszisztens
 2. gyakorló mentőápoló
 3. gyógyszerkiadó szakasszisztens
 4. gyógyszerertári asszisztens
 5. klinikai fogászati higiénikus

Az egészség témával kapcsolatos előterjesztések 2015.-2017.

Az egészség témával kapcsolatos előterjesztések 2015.

1. **Javaslat az egészségügyi alapellátások közzeteinek kialakításáról szóló 54/2012. (XI.26.) önkormányzati rendelet módosítására**
Sorszám: 29/2015. (I.30.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
2. **Javaslat Egészségügyi Egyeztető Fórum létrehozására**
Sorszám: 62/2015. (II.13.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
3. **Beszámoló a „Székesfehérvár Egészségügyi Ellátásáért” Közalapítvány 2014. évi közhasznúági tevékenységéről**
Sorszám: 185/2015. (V.29.)
Előterjesztő: Dr. Almási Ferenc Gyula kuratóriumi elnök
4. **Javaslat az egészségügyi alapellátások közzeteinek kialakításáról szóló 54/2012. (XI.26.) önkormányzati rendelet módosítására**
Sorszám: 218/2015. (VI.12.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
5. **Beszámoló Székesfehérvár Megyei Jogú Város lakosságának 2014. évi egészségügyi és közegészségügyi helyzetéről**
Sorszám: 304/2015. (IX.4.)
Előterjesztő: Dr. Almási Ferenc tiszti főorvos
6. **Javaslat az egészségügyi alapellátások közzeteinek kialakításáról szóló 54/2012. (XI.26.) önkormányzati rendelet módosítására**
Sorszám: 348/2015. (X.9.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
7. **Javaslat az egészségügyi alapellátások közzeteinek kialakításáról szóló önkormányzati rendelet megalkotására**
Sorszám: 432/2015.(XII.18.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester

Az egészség témával kapcsolatos előterjesztések 2016.

1. **Beszámoló Székesfehérvár Megyei Jogú Város lakosságának 2015. évi egészségügyi és közegészségügyi helyzetéről**
Sorszám: 178/2016. (V.27.)
Előterjesztő: Dr. Almási Ferenc tiszti főorvos
2. **Javaslat Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Egészségfejlesztési Tervével kapcsolatos intézkedések megtételére**
Sorszám: 257/2016. (VI.24.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
3. **Javaslat az egészségügyi alapellátások közzeteinek kialakításáról szóló 56/2015. (XII.21.) önkormányzati rendelet módosítására**
Sorszám: 453/2016. (XII.16.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
4. **Javaslat az egészségügyi alapellátásokhoz tartozó ügyelet közzeteinek kialakításáról szóló önkormányzati rendelet megalkotására**
Sorszám: 458/2016. (XII.16.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester

Az egészség témával kapcsolatos előterjesztések 2017.

- 1. Javaslat a Kégl György Városi Egészségügyi Programhoz kapcsolódó, a 2017-2021 évek közötti rendelő-felújítást és korszerűsítést érintő döntések meghozatalára**
Sorszám: 158/2017. (IV.7.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
- 2. Beszámoló a Humán Szolgáltató Intézet Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata 2016. évi Egészségfejlesztési Tervének végrehajtására vonatkozó munkájáról (bizottsági hatáskör)**
Sorszám: HKSzB/61/2017. (V.25.)
Előterjesztő: Varga Márta igazgató
- 3. Javaslat a Humán Szolgáltató Intézet EFOP-1.8.19-17 kódszámú pályázaton történő részvételének támogatására**
Sorszám: 303/2017. (VII.14.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
- 4. Javaslat a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház támogatására**
Sorszám: 315/2017. (VIII.18.)
Előterjesztő: Dr. Cser-Palkovics András polgármester
- 5. Beszámoló Székesfehérvár Megyei Jogú Város lakosságának 2016. évi egészségügyi és közegészségügyi helyzetéről**
Sorszám: 527/2017. (XII.15.)
Előterjesztő: Dr. Varga Erika járási tiszti főorvos

WHO Egészséges Városok Indikátor-rendszer indikátorai

1. Halálozási okok (betegség)
2. Egyéb leggyakrabban előforduló halálokok (összes halálok százalékában)
3. Alacsony testsúllyal születés (2500 gr. alatt) (1000 szülésre vetítve, évenként)
4. Védőoltásban részesült gyermekek száma (fő, illetve % a teljes gyermekszámhoz képest)
5. *Egészségügyi oktatási programok száma*
6. *Az egy házi orvosra jutó betegek száma (átlagosan, fő)*
7. *Az egy nővérre jutó betegek száma (fő)*
8. *Társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma (fő)*
9. *Idegen nyelvet beszélő házi orvosok száma (fő)*
10. *Az önkormányzat által tárgyalta, az egészségügyhöz kapcsolódó esetek, felszólalások stb. száma*
11. Légszennyezettségi adatok
12. Vízminőségre vonatkozó adatok
13. A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkön belül (%)
14. A háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma és aránya a teljes háztartásokhoz képest
15. Háztartási hulladék kezelésének minőségi indexe
16. A városon belüli zöldfelületek aránya (%)
17. A városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára
18. Elhagyott (nem használt) ipari területek aránya a teljes területhez képest
19. Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma
20. Sétálóutcaák száma, hossza
21. A kerékpáros közlekedés helyzete a városban (kerékpárutak hossza)
22. A tömegközlekedés helyzete a városban
23. A tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya (%)
24. A lakóövezet nagysága a város területén belül (m²)
25. *A komfort nélküli lakásokban élők (háztartások) száma (fő)*
26. *A hajléktalanok becsült száma (fő)*
27. *Munkanélküliségi ráta (%)*
28. *Létminimum alatt élők száma (fő)*
29. *Bölcsődei, óvodai férőhelyek száma (fő)*
30. *Élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők csoportjaiban (1000 szülésre vetítve, évenként)*
31. *Az abortuszok száma a szülések számához képest (évenként)*
32. *A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatottsági mutatói (arányuk az egészséges munkavállalókhöz képest)*

**Székesfehérvár MJV
stratégiai dokumentumainak elemzése
a helyi egészségközpontú közpolitika kialakításának elősegítése
érdekében**

Bevezetés

Székesfehérvár Megyei Jogú Város Közgyűlése 2011. évben fogadta el a helyi Egészségfejlesztési Tervet. Az e tervet megalapozó munkafolyamatok során készült el – egyéb más elemzések mellett – egy dokumentum-elemzés is, amely az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége szakértői által kidolgozott és a tagvárosok által elfogadott módszer szerint vizsgálta a város aktuálisan érvényes szakpolitikai koncepcióit, fejlesztési terveit és egyéb stratégiai dokumentumait. Az elemzés során a multiszektoralitás, a kimenet oldali vezérlés, az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés, a közösségi részvétel, az esélyegyenlőség biztosítása, és a környezeti, környezet-egészségi kockázatok csökkentése alapelvek jelentéstartalmának explicit és implicit megjelenéseinek (attribúcióinak) keresése történt meg, a következő kérdések megválaszolása segítségével:

1. *Multiszektoralitás*: megjelenik-e a vizsgált dokumentum szövegében több szakmai terület szervezet és/vagy intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.
2. *Kimenet oldali vezérlés – általában*: a vizsgált dokumentum szövegében a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU ajánlás, pénzügyi korlát, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.
3. *Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés*: megjelenik-e a vizsgált dokumentum szövegében az egészségvédelemi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások.
4. *Közösségi részvétel*: megjelenik-e a vizsgált dokumentum szövegében a különböző közösségi csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.
5. *Esélyegyenlőség biztosítása*: megjelenik-e a vizsgált dokumentum szövegében valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.
6. *Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése*: megjelenik-e a vizsgált dokumentum szövegében olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.

A keresett jelentéstartalom megjelenése abban az esetben került explicit szövegrészként értékelésre, ha azt a vizsgált dokumentum szövegszerűen, konkrét megfogalmazásként tartalmazta. Abba az esetben, ha az adott dokumentum szövegszerűen ugyan nem tartalmazta a keresett jelentéstartalmat, de az a szövegrész üzenetében benne foglaltatott, implicit megjelenésként került értékelésre. Ezen elemzés eredményei a 2011-ben elfogadott Egészségfejlesztési Terv kidolgozása során felhasználásra kerültek. Ennek eredményeként az Egészségfejlesztési Terv multiszektoralis együttműködés kialakítását elősegítő intézkedései között megfogalmazásra került több olyan intézkedés is, amely az újonnan készülő vagy az aktualizálásra kerülő szakpolitikai koncepciók illetve egyéb stratégiai dokumentumok esetén a fentebb említett fogalmaknak, mint alapelveknek az explicit szövegszerű beépítését volt hivatott elősegíteni.

Az Egészségfejlesztési Terv érvényessége öt éves időtartamban került meghatározásra, így a 2016. évben időszzerűvé vált egy új egészségfejlesztési terv kidolgozása, amelynek megalapozó munkái egyben a korábbi tervben foglalt célok megvalósulására vonatkozó információval is szolgálhatnak. Jelen tanulmány a Székesfehérvár MJV Humán Szolgáltató Intézet megbízásából készült azzal a céllal, hogy egyrészt a 2018-ban kidolgozásra kerülő városi egészségfejlesztési terv megalapozását szolgálja, másrészt, hogy azonosíthatóak legyenek mindazok a változások, amelyek a 2011. évben ugyanezen indikátorok alkalmazásával leírt állapottól való eltérést jelentik.

Ezen dokumentumelemzés keretében azok az alább felsorolt szakpolitikai koncepciók, középtávú tervek, jövőképek kerültek a korábbi elemzéssel megegyező módszerrel vizsgálatra, amelyek 2011. és 2018. között újonnan készültek, vagy átdolgozott dokumentumként Székesfehérvár városában aktuálisan érvényesek:

1. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának lakás- és helyiséggazdálkodási koncepciója
2. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Sportkonceptiója
3. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája 2014-2020
4. Székesfehérvár kábítószer-ellenes stratégiája 2014
5. Székesfehérvár Megyei Jogú Város III. Középtávú Környezetvédelmi Programja 2012-2017
6. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esélyegyenlőségi Programja 2018-2022
7. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Kulturális Stratégiája 2017-2038.

Az egészségfejlesztési tervezés során meghatározó célként jelenik meg, hogy minden szakpolitikai terület koncepciójában minden egyes alapelv explicit módon legyen jelen. Ezen elvárás háttérében az az elméleti összefüggés áll miszerint, ha minden szakpolitikai terület a fentebb ismertetett alapelvek érvényesülésére mind a tervezés, mind a döntés-előkészítés, mind a végrehajtás során fokozott figyelmet fordít, úgy az adott szakterületen megvalósuló fejlesztések – vagy bármely egyéb változás – az egészséget inkább támogató eredményt hozhatnak létre, mintsem ha ezen az alapelvek figyelmen kívül hagyásával történének a folyamatok. Ebből következően a szakpolitikai területeken bekövetkező változások az adott város működésének egészét változtathatják az egészséget támogató működés irányába, miáltal a helyi közösség tagjai körében nagyobb valószínűsége lesz az egészség megtartásának, mintsem elvesztésének.

Mindezen intézkedések az egészséget támogató közpolitika működési keretein belül az egészséget szolgáló döntéshozatal kialakítását szolgálja, amely az Egészségügyi Világszervezet szakértői által nemrégiben közzétett tanulmány³⁵ szerint az alábbi döntéshozatali megközelítések kombinációjának alkalmazásával alakítható ki optimálisan:

1. *együttműködésen alapuló döntéshozatal*, amely során az adott szektoron belüli és az interszektorális döntések egyaránt a kommunikáció-bizalom-elköteleződés-megértés folyamat mentén valósulnak meg;
2. *a helyi közösség tagjainak bevonásával működő döntéshozatal*, amely során a döntéselőkészítés folyamatában a helyi közösség tagjaival való különböző együttműködési formák (informálás, véleményezés, javaslattevés, egyetértés, döntés, felügyelet, stb.) alkalmazása a meghatározó – e döntéshozatali megközelítés a döntéselőkészítésben való részvételhez szükséges ismeretek elsajátításának és készségek kialakításának feladatait, valamint az önérték felismerését és hatékony képviselőt is magában foglalja;
3. *szabályozás és meggyőzés alapú döntéshozatal*, amely során meghatározó a rendelkezés, az önkormányzat, a partnerség, konszenzuskeresés, a koordináció, a hálózatos együttműködés, az állampolgári ellenőrzés, mint döntéshozói megoldások érvényesülése;

35 Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012) Governance for health in the 21st century_WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

4. *anticipatív döntéshozatal*, amely rugalmas struktúrák és adaptív szakpolitikák alkalmazásával biztosítja a gyors reagálás lehetőségét.

Székesfehérvár város az Egészséges Városok Magyar nyelvű Szövetségének tagjaként mind az egészséget támogató közpolitika, mind az egészséget szolgáló döntéshozatal kialakítása mellett elköteleződött. A dokumentum-elemzés következőkben olvasható eredményei e feladatvállalásnak való megfelelést, és ezen keresztül a helyi lakosság egészségvédelmét célzó döntések meghozatalát és intézkedések megvalósítását támogathatja.

Az attribúció-analízis eredményeinek összefoglalása

A dokumentum-elemzés során a már az első Egészségfejlesztési Terv kidolgozása során is alkalmazott attribúció-elemzés módszere került alkalmazásra. Az elemzésbe bevont dokumentumok száma a 2011. évben végzett elemzés esetén 14 dokumentum volt, míg a jelenlegi elemzés 7 dokumentumot vizsgált.

Az attribúció-analízis összefoglaló eredményeit az Összefoglaló táblázat jelzései mutatják. A táblázatban az összehasonlítás érdekében a korábbi elemzés eredményei is feltüntetésre kerültek.

Az elemzés dokumentumonkénti eredményei az 1.-7. sorszámú táblázatokban találhatóak. A táblázatokban szöveg-idézet és oldalszám-hivatkozás formájában pontosan megtalálható, hogy a vizsgált dokumentum szövegében miként jelenik meg egy-egy keresett fogalom implicit vagy explicit attribútuma. Azoknál a szövegrészeknél, ahol a teljes szöveg idézése az áttekintést és az eredmények követhetőségét jelentősen megnehezítette volna, szögletes zárójel [...] jelzi, hogy az idézetben csak a szöveg első sora szerepel, és a keresett attribútumot az e sorral kezdődő adott szövegrész egészének az eredeti dokumentumban történő megjelenése tartalmazza.

Az 1.-7. sorszámú táblázatban félkövér betűvel kerültek kiemelésre a jelenlegi vizsgálat eredményei, ugyanakkor az összehasonlítás lehetőségét megteremtve azon dokumentumok esetén, amelyek már a korábbi elemzésben is szerepeltek a 2010. évi eredmények is szerepelnek.

Az 1.-7. sorszámú táblázatokban szereplő idézetek tanulmányozása a későbbiekben történő koncepcióalkotás során elősegítheti, hogy a koncepciókat megfogalmazó szakemberek e példák felhasználásával is még pontosabb információkkal rendelkezhessenek arra vonatkozóan, hogy miként jeleníthető meg egy-egy alapelv szövegszerűen is az adott koncepcióban.

Összefoglaló táblázat

Szakpolitikai koncepciók attribúció-analízisének eredményeit összefoglaló táblázat

	multi- szektoralitás	kimeneti oldali vezérlés	egészségre gyakorolt hat. általi vezérlés	közösségi részvétel	esély- egyenlőség biztosítása	körny. és körny.-eg- kockázatok cs.
Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának lakás- és helyiséggazdálkodási koncepciója	+	+	-	+	+	-
<i>Székesfehérvár Önkormányzata Sportkonceptiója (2004) és Javaslat Módosításra (2007)</i>	-	-	+	+	+	-
Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Sportkonceptiója	-	+	+	+	+	+
<i>Integrált Városfejlesztési Stratégia Székesfehérvár (2008)</i>	+	+	-	+	+	+
Integrált Városfejlesztési Stratégia Székesfehérvár (2014)	+	+	+	+	+	+
<i>Székesfehérvár Drogellenes Stratégiája (2003)</i>	+	+	+	+	+	-
Székesfehérvár kábítószer-ellenes stratégiája 2014	+	+	+	+	+	-
<i>Székesfehérvár Megyei Jogú Város II. középtávú Környezetvédelmi Programja (2006-2011)</i>	+	-	-	+	-	+
Székesfehérvár Megyei Jogú Város III. Középtávú Környezetvédelmi Programja 2012-2017	+	+	+	+	+	+
<i>Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esélyegyenlőségi Programja 2013-2017</i>	+	+	+	+	+	-
Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esélyegyenlőségi Programja 2018-2022	+	+	+	+	+	-
Székesfehérvár Megyei Jogú Város Kulturális Stratégiája 2017-2038	+	+	+	+	+	+

1. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának lakás- és helyiséggazdálkodási koncepciója 871/2015.(XII.18.)

ÁLAPELV ÉRTELMEZÉSE	ÁLAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Városfejlesztési és városkép formáló szerepe révén a Lakáskoncepció több területen is jelentős hatást gyakorol. Kihatással bír a közbiztonságra, turisztikára, munkaerőpiacra és az általános társadalmi közhangulatra egyaránt, ezért Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata lakásgazdálkodási rendszerét fenti hatások figyelembevételével, felelősen alakítja ki. (3)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az Önkormányzat tulajdonában lévő lakásokkal és nem lakás céljára szolgáló helyiségekkel történő felelős, tulajdonosi szemléletet előtérbe helyező, legalább az üzemeltetési költségekre fedezetet nyújtó, hatékony ingatlangazdálkodás (14) Fiatalok első lakáshoz jutásának elősegítése, népességmegtartás (14)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelemi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> --
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az Önkormányzat tulajdonában lévő, társasházban található ingatlanok vonatkozásában a társasházi közgyűléseken (lakógyűléseken) az Önkormányzat érdekít a jelenlegi gyakorlatnál fokozottabban érvényre juttató, szakmai képviselő biztositása, ennek érdekében a közgyűlési napirendek előzetes ismertetése a tulajdonossal (illetékes szakbizottság, jegyző), az Önkormányzat szakmai álláspontjának kialakítása és képviselése (15)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Időszerűak megfelelő lakhatási lehetőségeinek biztosítása (14) A szociális bérlakás – tényleges funkciója és szerepe betöltése érdekében – lehetőleg átmeneti jellegű, legfeljebb 3-8 évre szóló segítséget jelentsen a szociális bérlakás-rendszerbe bekerültek számára, annak elősegítése, hogy a szociális bérlők a kedvező mértékű szociális bérlési díj és az Önkormányzat által esetlegesen nyújtott további szociális támogatási formák igénybevétele mellett, meghatározott idő elteltével lakáshelyzetüket önerőből képesek legyenek megoldani; (14) Azon alapelv deklarálása, miszerint az Önkormányzat hosszabb távon sem tud valamennyi, szociális lakásigénylő részére maradéktalanul lakást biztosítani, szociális alapú lakásbérbeadás esetén a fluktuáció fokozása annak érdekében, hogy átmeneti jelleggel a lehető legtöbb rászoruló kerülhessen be a szociális bérlakás-rendszerbe (14) Az energiafelhasználás csökkentése, valamint a lakáshoz kapcsolódó, bérlőt terhelő költségek és hátralékok mérséklése érdekében, előrefizetős kártyás mérőórák elhelyezése a szociális alapon bérlőre adott lakások egy, meghatározott csoportja (első körben 40-50 lakás) esetében, a tapasztalatok ismeretében a rendszer esetleges kibővítésével (15) Az esélyegyenlőség megteremtése érdekében az akadálymentesített szociális bérlakások számának megtartása (15)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> --

2. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Sportkonceptiója 239/2013.(V.24.)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> --
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Magas szintű sportesemények és magas szintű sportteljesítmények nézőjeként is fontos motivációkat alakíthatunk ki gyermekeinkben. A városlakók igényeinek megfelelő magas szintű sporteseményeken a részvétel segíti a sport iránti pozitív személyes beállítódást és segíti a lokálpatriotizmus kialakulását (3) A Sóstói Stadion fejlesztése oly módon, hogy a létesítmény kor követelményeinek megfelelő, biztonságos legyen, a létesítmény alkalmas legyen nemzetközi labdarúgó mérkőzések lebonyolítására, korszerű kiszolgáló létesítmények kerüljenek kialakításra a létesítmény alkalmas legyen más közösségi célú használatra is (4)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata abból a felismerésből kiindulva, hogy a város sportegyesületei és az ott sportolók a sport sajátos értékeinek megjelenítésével városunk társadalmi életének meghatározó tényezői – az egészséges életmód kialakításának, a szabadidő kulturált eltöltésének hasznos szinterei – ezen tevékenységükhöz erkölcsi és anyagi támogatást biztosít (3) Az Önkormányzat kiemelten fontos feladatának tekinti a szabadidősportban minél nagyobb létszámú résztvevő aktív sportolásának elősegítését (2)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az Önkormányzat hozzájárul az egyesületek működési feltételeihez (2) az Európai Unió tagállamai általános gyakorlatának megfelelően közvetlen költségvetési forrásokból elsősorban a non-profit alapon működő sporttevékenységeket (utánpótlás nevelés, diák-, gyermeksport) támogatja (2)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az Önkormányzat támogatja a fogyatékosok sportját (2) Az Önkormányzat és a sporttal foglalkozó szervezetek abból indulnak ki, hogy a sport - az egyetemes kultúra részeként – minden egyes ember, különösen a fejlődésben lévő szervezet számára az egyik legfontosabb érték (3) Mozgássérültek, fogyatékosok sportjának támogatása, elsősorban szervezeteiken keresztül (4)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A Sóstói Stadion fejlesztése oly módon, hogy a fejlesztés során fokozottan érvényesítésre kerüljenek a környezetvédelmi szempontok (4)

3. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Integrált Településfejlesztési Stratégiája 2014-2020

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az integrált településfejlesztési stratégia megvalósításának szervezeti kereteinek meghatározása [...] (108) • Székesfehérvár településfejlesztési dokumentumainak partneri egyeztetése [...] (125)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Székesfehérvár népességmegtartó erejének megőrzése a társadalmi szolgáltatások és környezet feltételeinek javításával (9) • Székesfehérvár a városi környezeti és infrastrukturális elemek jó állapotával szolgálja a helyi lakosságot és gazdasági szereplőket (9)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelemi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Megyeszékhelyi egészségügyi ellátórendszer bővítése, egészségmegőrzés elősegítése (9) • Kórházfejlesztés - Elsődleges cél a teljes lakosság számára egyenlő eséllyel biztosítani a magas színvonalú, hatékony, minőségi egészségügyi szolgáltatást (27) • Helyi sportegészségügyi potenciál transzformálása a helyi gazdaságba [...] (30) • Orvosi rendelők korszerűsítése [...] (35) • Sportolásra alkalmas közösségi terek és létesítmények felújítása, új terek létesítése [...] (35) • Sóstó és Stadion [...] (66)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vitális belváros [...] (56) • Székesfehérvár településfejlesztési dokumentumainak partneri egyeztetése [...] (125)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Szociális intézmények szolgáltatásbővítő korszerűsítése, megújítása, racionalizálása és kapacitásbővítése [...] (38) • Anti-Szegregációs program [...] (78)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Székesfehérvár a városi környezeti és infrastrukturális elemek jó állapotával szolgálja a helyi lakosságot és gazdasági szereplőket (7) • Városi és környezeti infrastruktúra rendszerelvű és fenntarthatósági szempontú fejlesztése (7) • Zöldterületek fejlesztése (7) • A természeti és épített környezet megóvása, védelmük erősítése, szemléletformálása (7) • Szociális intézmények szolgáltatásbővítő korszerűsítése, megújítása, racionalizálása és kapacitásbővítése [...] (41) • Szociális intézmények szolgáltatásbővítő korszerűsítése, megújítása, racionalizálása és kapacitásbővítése [...] (43) • Közlekedési infrastruktúrafejlesztés [...] (47)

4. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának kábítószer-ellenes stratégiája 2014

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Önkormányzatunk, ha meg akar felelni a drogprobléma kihívásainak, szüksége van egy integráló drogstratégiára, amely garantálja, hogy az érintett szakemberek és tágabb helyi közösség is bevonódjon a döntésekbe, illetve a feladatok végrehajtásába, hiszen a drogprobléma csökkentése csak széles helyi társadalmi összefogással valósulhat meg (2) • a stratégiában alapvető fontosságú az együttműködés és a partnerség a drogügyekben érintett és a drogproblémával foglalkozó intézmények, szervezetek, civil közösségek között (4) • Székesfehérvár drogellenes stratégiájának felülvizsgálata során megkerestük a drogproblémával közvetten vagy közvetlenül találkozó intézményeket és szervezeteket egy kérdéssorral, amely alapján összegyűjtöttük tapasztalataikat, illetve elmondhatták javaslatukat a jövőre nézve (6) • Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) működésének széleskörű legitimációja, munkájának hatékonyabbá tétele, az önkormányzat szerepének és felelősségvállalásának erősítése, továbbá a kormányhivatallal való együttműködés erősítése és jogi kereteinek kialakítása (12) • Ágazatok közötti (szociális, egészségügyi, oktatási, gazdasági) és szektorok közötti (állami/önkormányzati, piaci és civil/egyházi) együttműködések ösztönzése, ennek érdekében rendszeres szakmai konzultációk szervezése az érintett szervezetek és intézmények bevonásával (12)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A stratégia a szükségletek, a feladatok, a megoldási módok számavétele, továbbá olyan döntéshozatali elvek, irányok meghatározás, amely megvalósulása során a meglévő erősségeink megőrizhetők, a hiányosságok pótolhatók és a felnövekvő korosztályok számára az egészséges fejlődési lehetőségek biztosíthatóak (2)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelemi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A stratégia a szükségletek, a feladatok, a megoldási módok számavétele, továbbá olyan döntéshozatali elvek, irányok meghatározás, amely megvalósulása során a meglévő erősségeink megőrizhetők, a hiányosságok pótolhatók és a felnövekvő korosztályok számára az egészséges fejlődési lehetőségek biztosíthatóak (2) • A drogprobléma csökkentését célzó programok általános célja a helyi közösség szociális, mentális pszichés és egészségügyi állapotának javítása közösségi és egyéb programok, intézkedések biztosításával (11)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Önkormányzatunk, ha meg akar felelni a drogprobléma kihívásainak, szüksége van egy integráló drogstratégiára, amely garantálja, hogy az érintett szakemberek és tágabb helyi közösség is bevonódjon a döntésekbe, illetve a feladatok végrehajtásába, hiszen a drogprobléma csökkentése csak széles helyi társadalmi összefogással valósulhat meg (2) • a stratégiában alapvető fontosságú az együttműködés és a partnerség a drogügyekben érintett és a drogproblémával foglalkozó intézmények, szervezetek, civil közösségek között (4) • A jövőben tudatosítani kell a lakosokban, hogy a drogprobléma nem csak egészségügyi probléma, hanem komplex társadalmi probléma, egyben széles körű közügy is, amelynek hatékony csökkentéséhez fontos az egymásra figyelő közösségi szemléletmód elsajátítása (10) • Tájékoztató előadások szervezése szülők számára (pl. szülői fórumok, Szülők Akadémiája,) egészségnapokon jelenjen meg a kábítószer-probléma is, mint téma (12) • Szabadidős programok bővítése újjászervezése A rendszeres változatos (délutáni és hétfégi) programkínálathoz [...] A hátrányos helyzetű családok felnőttek és fiatalok bevonását speciális programokkal kell biztosítani (12)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • a drogstratégia a székesfehérvári lakosú valamint a városban tanuló, dolgozó és szórakozó emberekre és a helyi intézményekre vonatkozik (4) • A hátrányos helyzetű családok felnőttek és fiatalok bevonását speciális programokkal kell biztosítani (12) • Gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok számára célzott és javallott prevenciós programok kialakítására és elterjesztésére van szükség (13)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • --

5. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának III. Középtávú Környezetvédelmi Program 2012-2017

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nagy hangsúlyt szükséges fektetni a környezeti nevelésre az óvodáskortól a felnőttképzésig, amely kialakítása és megvalósítása során az intézmények folyamatos kapcsolattartása és együttműködése szükséges, az átlátható és működő rendszer kialakítása érdekében (10)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Programban megfogalmazott célkitűzések a következők figyelembevételével lettek meghatározva: a II. Középtávú Környezetvédelmi Programban megvalósult feladatok átvizsgálása, aktualizálása, a lakosság által kitöltött kérdőívek alapján kialakult igények figyelembevétele, a környezet védelmének általános szabályairól szóló 1995. évi LIII. törvényben megfogalmazott általános alapelvek, mint például az elővigyázatosság, a megelőzés és a helyreállítás, felelősség alapelve, együttműködés alapelve, Székesfehérvár jelenlegi környezeti állapota, a környezet egyes elemeinek jelenlegi állapota, összevetve a lakosság igényeivel és a rendelkezésre álló forrásokkal, a hosszú távú célok elérése érdekében a jelen időszakban valóban megvalósítható célok kitűzése, konkrét célok meghatározása mellett a célokhoz erőforrások rendelése (11)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1.2. Környezet és egészség [...] (9-11) • A városi környezet élhetőbbé, egészségessé tétele a városi infrastruktúra átgondolt tervezésével és megvalósításával, megfelelő energiatakarékos épületekkel, egészséges, tiszta környezettel, bővülő zöldfelülettel valósítható meg. A célok megvalósítása érdekében a következő időszak kiemelt szerepet kap a fenntartható termelés és a megfelelő fogyasztási szokások ösztönzése, amelynek célja a gazdasági fejlődés és a vele járó környezetterhelés szétválasztása (10)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A civil szervezetek munkája szorosan összefonódik Székesfehérvár környezetvédelmi életével. Számtalan környezetvédelmi akcióban tevékenyen részt vesznek a városban. Több civil környezetvédelmi egyesülettel folyamatos és kölcsönös az együttműködés. Jeles környezetvédelmi napok programjainak megrendezésekor, projektek kapcsán támogatásukat, illetve szakmai véleményüket adják. A szemléletformálás és a környezeti nevelés terén aktív együttműködő partnerei a városnak (64) • Környezetvédelmi munkaközösség létrehozása az intézmények nevelőinek a bevonásával (79) • Városi környezeti nevelési központ létrehozása (79) • Rendszeres, előre megtervezett akciónapok szervezése különböző környezetvédelmi témában (79) • Közösségi Kertek kialakítása (80)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A gyalogoskapcsolatok kialakításánál, a tömegközlekedési megállók megközelítésénél a mozgáskorlátozottak közlekedési lehetőségeinek biztosítása (73)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Program célja, hogy óvja Székesfehérvár környezeti értékeit, növelje és fejlessze a zöldfelületeket, ezáltal közelebb hozza a várost a természethez. Tovább fejlessze a város infrastruktúráját, amely csökkenteni fogja a belváros forgalmát, ezáltal a levegő szennyezettségét is. Növelje a közterületek tisztán tartásának hatékonyságát, korszerűsítse a város hulladékgazdálkodását. A város érdekeit szolgáló folyamatos változások a lakosságot szolgálják, ezért fontos, hogy akciónapok szervezésével, a lakosság tájékoztatásával, környezeti neveléssel felhívjuk figyelmüket, hogy részt vegyenek a város környezeti fejlesztésében (8)

6. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Esélyegyenlőségi Programja 2018-2022 908/2017. (XII. 15.)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az Esélyegyenlőségi Program IT célja: [...] A végrehajtáshoz szükséges együttműködési rendszer felállítása, amely a programalkotás és végrehajtás során biztosítja a megvalósítás, a nyomonkövetés, az ellenőrzés-értékelés, a kiigazítás támogató strukturális rendszerét (6)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az Önkormányzat az Esélyegyenlőségi Program elfogadásával érvényesíteni kívánja az egyenlő bánásmód és az esélyegyenlőség biztosításának követelményeit; a közszolgáltatásokhoz történő egyenlő hozzáférés elvét; a diszkriminációmentességet; szegregációmentességet; valamint a foglalkoztatás, a szociális biztonság, az egészségügy és az oktatás területén a helyzetelemzés során feltárt problémák komplex kezelése érdekében szükséges intézkedéseket (5) • Az Esélyegyenlőségi Program helyzetelemző részének célja ... (5) • Az Esélyegyenlőségi Program IT célja: a helyzetelemzésre építve olyan beavatkozások részletes tervezése, amelyek konkrét elmozdulásokat eredményeznek a célcsoportokhoz tartozók helyzetének javítása szempontjából (6)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiemelt figyelmet kell fordítani: a közszolgáltatásokhoz az egészségügyi, valamint a szociális szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés biztosítására (5) • Iskolatej program (48) • Iskolagyümölcs- és zöldség program (48) • Nyitott tornatermek program (48)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az esélyegyenlőség biztosítása érdekében az Önkormányzat: [...] szervező, együttműködő szerepet kíván betölteni az egyházi és civil szervezetekkel (6) • Az esélyegyenlőség biztosítása érdekében az Önkormányzat: [...] ösztönzi a hátrányos helyzetű csoportokat és egyéneket, hogy vegyenek részt a közösség életében (6) • Az esélyegyenlőség biztosítása érdekében az Önkormányzat: [...] társszervezetekkel, civil szervezetekkel, egyházakkal, azok önszerveződéseivel, társulásaival, egyesületeivel és alapítványaival együttműködve közösen törekszik érvényre juttatni az esélyegyenlőség szemléletét a társadalmi élet minden területén (6) • helyi partnerség, lakossági önszerveződések, civil szervezetek és for-profit szereplők társadalmi felelősségvállalása (69-74) •

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az Önkormányzat az Esélyegyenlőségi Program elfogadásával érvényesíteni kívánja az egyenlő bánásmód és az esélyegyenlőség biztosításának követelményeit; a közszolgáltatásokhoz történő egyenlő hozzáférés elvét; a diszkriminációmentességet; szegregációmentességet; valamint a foglalkoztatás, a szociális biztonság, az egészségügy és az oktatás területén a helyzetelemzés során feltárt problémák komplex kezelése érdekében szükséges intézkedéseket (5) • Az esélyegyenlőség biztosítása érdekében az Önkormányzat: a Közgyűlés és szervei döntésein keresztül kifejezi elkötelezettségét az esélyegyenlőség területén [...] (6) • Székesfehérvár Megyei Jogú Város minden polgára számára biztosítani szükséges az esélyegyenlőséget az élet valamennyi területén faj, szín, nem, fogyatékoság, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül (6)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ---

7. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Kulturális Stratégiája 2017-2038

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fentiekre tekintettel, és a Közgyűlés által elfogadott stratégiai dokumentumok, különösen Székesfehérvár Megyei Jogú Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája, valamint Esélyegyenlőségi Programja által kitűzött célokhoz, továbbá az azok mentén kidolgozott cselekvési tervekhez és programokhoz igazodva javasolt megalkotni Székesfehérvár Megyei Jogú Város Kulturális Stratégiáját 2017-2038. évre szóló időtartamra vonatkozóan (2) Közösségi szinterek fejlesztése (50) Partnerség (57)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mіндеzek megalapozásaként, az elmúlt években számos egyeztetésre került sor a közművelődési, közgyűjteményi és előadó-művészeti intézmények vezetőivel, továbbá a kulturális szervezetek képviselőivel. Társadalmi kutatások mérték fel a kulturális attitűdöket és kultúrafogyasztási szokásokat, a helyi kulturális élet kínálatával, a szabadidő tartalmas eltöltésére irányuló helyi lehetőségekkel való elégedettség mértékét, a lakosság kultúra iránti érdeklődését, szükségleteit, igényeit. (2) Az elmúlt évtizedek során kialakult intézményhálózat és a folyamatosan változó feladatellátási rendszer szükségessé teszi, hogy a lakosság igényeihez, illetve a kulturális szolgáltatásokhoz és azok igénybevételéhez igazodva kerüljön sor az intézményi feladatrendszer felülvizsgálatára, az intézményi infrastruktúra és kapacitás fejlesztésére. (2)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tartalmas kikapcsolódást és egészséges életvitelt szolgáló programok, projektelemek egyenlő hozzáférésének biztosítása a helyi lakosság számára (kulturális programok, közművelődési tevékenységek igénybe vétele, sportolási lehetőségek, egészségügyi prevenció). (53)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> [...] az egyes városrészekben megvalósuló civil aktivitásra, a helyi közösségek alakítására irányuló törekvések növekvő tendenciája elősegíti a stratégiai célok megvalósulását (48) A közösségi projektek és aktivitások, valamint a kapcsolódó rendezvények, kulturális programok ösztönzése érdekében erősíteni szükséges a helyi közösség a civil társadalom együttműködését, különös tekintettel fiatalokra, önkéntesekre, kissebsegekre, hátrányos helyzetűekre, fogyatékkal élőkre és az idősekre (54) Partnerség (57) Kulturális közösségfejlesztés (58-59) Partnerségi kapcsolatok és együttműködések erősítése (64-65) Fiatalok bevonása a helyi kulturális élet szervezésébe, a kulturális programok tervezési és megvalósítási folyamataiba (65-66) Székesfehérváron élő külföldiek aktív részvételének ösztönzése (66)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A közösségi projektek és aktivitások, valamint a kapcsolódó rendezvények, kulturális programok ösztönzése érdekében erősíteni szükséges a helyi közösség a civil társadalom együttműködését, különös tekintettel fiatalokra, önkéntesekre, kisebbségekre, hátrányos helyzetűekre, fogyatékkal élőkre és az idősekre (54) • Horizontális célok – Esélyegyenlőség (55) • Kulturális feladatellátás biztosítása (60-61) • Fiatalok bevonása a helyi kulturális élet szervezésébe, a kulturális programok tervezési és megvalósítási folyamataiba (65-66)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A fenntarthatósági szemlélet terjedése érdekében elengedhetetlen a környezettudatosság ösztönzése, a környezeti és környezet-egészségi kockázatok csökkentése a fejlesztésekhez kapcsolódóan, illetve önálló tevékenységként is. (56)

