

Fenntartható települési egészségtervek

Szóke Katalin PhD hallgató

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar,
Interdiszciplináris Doktori Iskola, Politikatudományi program

Az egészségfejlesztés színterei: „egészséges” települések

Az uniós pályázati programok kapcsán egyre többet hallunk települési, kistérségi egészségtervekről. A *Társadalmi Megújulás Operatív Programban* meghirdetett „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok” pályázatnak fontos eleme a települési, munkahelyi egészségtervek elkészítése.

Az egészségterv azonban nem újkeletű kezdeményezés. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) 25 éve hirdette meg új népegészségügyi programját az Ottawában megrendezett első nemzetközi egészségfejlesztési konferencián. A konferencia kiindulási pontjául az „Egészséget mindenkinek” című egészségpolitikai dokumentum szolgált, amely túllépett az egészségügyi ellátás keretein; az egészségügyi szolgáltatókat újraorientálta, az egészségmegőrzéssel, egészségneveléssel kapcsolatos tevékenységeket tág társadalmi kontextusba helyezte. A konferencia fő üzenetében az egészségért végzendő interszektoriális¹ cselekvés kialakítása állt: „Az egészséget a politikát alakítók napirendjére tűzi valamennyi ágazatban és valamennyi szinten, tudatosítva bennük, hogy döntéseiknek az egészségre nézve milyen következményei lehetnek, és elfogadva velük az egészségért való felelősségüket.”²

Az egészségfejlesztési szakirodalom alapművének számító *Ottawai Charta* az ágazatok közötti együttműködés fontossága mellett rámutatott a színterek („settings”) alapvető szerepére is, vagyis arra, hogy az emberek magatartását, életmódját a legjobb hatékonysággal ott alakíthatjuk, ahol életük valóban zajlik. „Az egészség nem célja, hanem erőforrása a mindennapi életnek” – hirdeti a *Charta*.

A színterekben való gondolkodás Magyarországon is húsz évre tekint vissza. A nyolcvanas évek végén, az *Egészséges Városok programban* (amelyet a WHO indított és támogatott) néhány európai város vállalkozott először arra, hogy az „Egészséget Mindenkinék” stratégiát a települések szintjén is kipróbálja. A programok alapját az ún. városi egészségképek és az erre épülő egészségtervek adták.

Magyarországon³ elsőként Pécs csatlakozott, majd néhány megyeszékhely (Győr, Békéscsaba) és kisebb város követte a kezdeményezést. Az *Egészséges Városok program* az önkor-

mányzatokon, illetve az önkormányzati döntéshozók elkötelezettségén alapul. A programalkotók abból indultak ki, hogy a településen lakók egészségének megőrzéséhez szükséges feltételeket alapvetően a helyi közigazgatás által hozott döntések határozzák meg. A program alapja, hogy a résztvevő városok döntéshozói tudatosan kívánnak tenni a lakosok egészségének megőrzéséért, ezért a város anyagi forrásainak bizonyos hányadát prevenciós tevékenységre fordítják.

Az *Egészséges Városok program* mellett az 1990-es évek második felében egy kistérségi fókuszú, közösségi részvételre építő kezdeményezés is elindult: a *Községi egészségterv program*. A *Soros Alapítvány* pályázati programjának neve egyben egy új fogalom bevezetését is jelentette Magyarországon.⁴

A kisvárosok⁵ érdeklődése nyomán a program az elkövetkező években kibővült és *Települési egészségterv (közösségi alapú települési egészségterv)* néven folytatódott, így a községekkel azonos lélekszámú városoknak is pályázhattak. Az *Egészséges Városok program* keretében megvalósított egészségtervektől a községi vagy közösségi alapú egészségterv abban különbözik, hogy az – a közösség méretéből is adódóan – a közösség tagjainak valós bevonásán alapul mind a tervezés, mind a megvalósítás során.

Közösségi alapú települési egészségtervek

A települési egészségterv a közösségi részvételre és az ágazatok együttműködésére épülő tervezési folyamat, amelynek fő célja az adott településen élő emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásával. A települési egészségterv a helyi szükségletekre épül és helyi forrásokra és kompetenciákra épített életmód-modelleket kínál a közösség tagjai, illetve döntéshozói számára. Az egészségtervek fenntarthatóságának alapja a közösségi támogatottság, az egészségterv-folyamat minden fázisának nyilvánossága. A közösség tagjait aktívan bevonó tervezési-megvalósítási folyamat során és eredményeként olyan társadalmi gyakorlat alakul ki, amely a korábbi paternalista megközelítés helyett a közösségi részvétel új formáit ösztönzi. A közösségi alapú települési egészségterv olyan demokráciafejlesztési folyamat, amelynek középpontjában az egészség megőrzése áll.⁶

Kistélepülési egészségterv-programok Magyarországon

A *Községi egészségterv-program* 1998-ban, a *Soros Alapítvány* egészségügyi rendszerfejlesztési programcsoportjának részeként indult. Távlati célja az emberek életminőségének és egészségének javítása, közvetlen, rövid távú célja pedig az, hogy a programok tervezése és megvalósítása során olyan gyakorlat alakuljon ki, amely a közösség tagjainak bevonásával az aktív közreműködés lehetőségét teremti meg. A községi egészségterv készítésének módszertanát a *Fact Intézet* szakmai vezetői dolgozták ki. A pályázat kidolgozói és kiírói⁷ arra ösztönözték a településeket, hogy a helyi problémák megoldására irányuló cselekvési programok megvalósítása során a szokásostól eltérő megközelítést, új módszereket alkalmazzanak. A program öt éve során 537 községi, kisvárosi egészségterv készült el, összesen 238 település kapott anyagi támogatást.

Az *Egészségügyi Minisztérium*, illetve háttérintézete, az *Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)* továbbítte a programot és a *Nemzeti Népegészségügyi Program* keretében 2003 és 2006 között évente hirdettek pályázatot. A pályázók köre sajnos szűkült, mert ezúttal civil szervezetek nem kaphattak lehetőséget a pályázat koordinálására; csak önkormányzatok és kistérségi társulások pályázhattak. A program az előző öt év gyakorlatára támaszkodott, de nagy hangsúlyt fektetett a projektírási készségek elsajátítására és az egészségfejlesztési technikák átadására is. A program új elnevezése (*Települési Egészségfejlesztési Terv*) is jól mutatja a hangsúlyok eltolódását. A pályázati folyamat – az államigazgatás működésének anomáliáit és lassúságát tükrözve – sokkal lassúbb és kevésbé rugalmas volt az előzőeknél. Eredmény azonban, hogy számos új község lépett az egészségtervvel rendelkező települések körébe, és egy kistérségi kezdeményezés is további lendületet kapott.

2005-ben az *Egészséges Településekért Alapítvány* revitalizálta a közösségi alapú települési egészségterv-programot. A hangsúlyt az új települések bevonására fektette, azzal a céllal, hogy 2010-re a kistélepülések⁸ minél nagyobb hányada rendelkezzen egészségtervvel. A partnerséget, együttműködést szorgalmazó pályázat már nemcsak egy-egy településnek, hanem település csoportoknak is kínált támogatást közös programok megvalósítására, a közös tervezés révén pedig térségi jövőkép, stratégia kialakítására. Az együttműködés ösztönzésének célja a települések és a mikrotérségek jobb erőforrás-kihasználása volt. A települések közös pályázatainak finanszírozásával arra sarkallta a közösségek tagjait, hogy az átalakulóban lévő kistérségi intézményi rendszerekkel párhuzamosan alakítsák és erősítsék a „civil hálózatokat”, amelyekben az emberek megtalálják cselekvési lehetőségeiket és a hagyományokhoz, helyi tapasztalatokhoz kapcsolódó közösségi megoldások módjait.

Az *Egészséges Településekért Alapítvány* pályázataihoz hasonlóan két másik civil szervezet, a *Tegyünk Egészségünk Színvonaláért Alapítvány*, valamint az *Egészségporta Egyesület* is kiírt pályázatokat egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok megvalósítására, kistérségi

népegészségügyi modellprogramok létrehozására. 2008-ban újabb nonprofit szervezet, a *Béres Alapítvány* döntött arról, hogy támogatást nyújt az 5-10 ezer fős településeknek.

Az elmúlt tíz év során több száz magyarországi kistélepülés készítette el és valósítja meg egészségtervét. Az egészségterv készítésének módszertanát ma már számos felsőoktatási intézményben⁹ oktatják. A témakörben jegyzetek, módszertani füzetek, szakdolgozatok készültek.

Az egészségterv-program sikere abban fogalmazható meg, hogy olyan elméleti kereteket és gyakorlati fogódzókat nyújt a közösségeknek, amelyekre támaszkodva a közösség tagjai autonóm, ezért hiteles döntéseket tudnak hozni és helyi szükségletekre alapozott reális cselekvési programokat képesek megvalósítani (*Füzesi, Tistyán, Szőke 2008*).

Egészségfejlesztési színtér-programok a kormányzati politikában

A civil törekvésekkel párhuzamosan az elmúlt két évtizedben a kormányzati politikában több ízben megjelent a közösségi szükségletekre épülő, egészségközpontú, multiszektoralis egészségpolitika kialakításának igénye. Maga a gyakorlat – amelyben a döntéshozók az egészségügyön kívüli területeken hozott döntéseikben is figyelembe veszik a lakosság egészségi állapotára gyakorolt hatásokat – azonban még nem alakult ki. Az egészséget támogató környezet és közpolitika pedig egyelőre csak néhány, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakember és települési döntéshozó jövőképében jelenik meg. A lakosság egészségi állapotával foglalkozó kormányzati elemzések és az azokra épülő népegészségügyi programok általában a kormányzati ciklusok végén készülnek el, ezeket jellemzően a következő kormányok nem viszik tovább, hanem új programot dolgoznak ki. Ez azt is jelenti, hogy a népegészségügyi programok sohasem kapnak kellő figyelmet, s finanszírozást (*Orosz, 2001*).

Talán az *Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja* kivétel, legalábbis a program megalkotásának idejét és elfogadottságát tekintve. A programot 2003-ban Országgyűlési Határozattal fogadták el, és a jóváhagyást valóban széles körű társadalmi egyeztetés előzte meg. A népegészségügyi program „*Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása*” című fejezetében elsőként emeli ki a települési szintet, mint közösségi színteret. A dokumentum szerint „*az egészség megjelenítése a településfejlesztési tervekben, és helyi egészségtervek készítése alkalmas eszközök arra, hogy az önkormányzatok a rendelkezésükre álló forrásokat az egészség érdekében is mozgósítsák*”.

De vajon mi készítené az önkormányzatokat arra, hogy az egészséget támogató helyi politikát napirendjükre tűzzék? Miért lenne fontos a helyi döntéshozóknak, hogy elkészült egészségtervüket évről-évre frissítsék, a változó szükségletekhez igazítsák, és egyúttal olyan helyi tervezési folyamatokat tartsanak fenn, amelynek középpontjában az egészség a rendezőelv?

Fenntarthatóság: közösségi támogatottság vs. jogszabályi kényszer

1998 és 2008 között döntően a települési önkormányzatok készítették az egészségterveket, a polgármesteri hivatalok vagy önkormányzati intézmények szervezték a cselekvési programokat. A *Soros Alapítvány* egészségtervekkel foglalkozó pályázati időszakában (1998 és 2002 között) a pályázók körének 66%-a volt települési önkormányzat és csaknem 25%-a civil szervezet. Az *Egészséges Településekért Alapítványnál* az önkormányzatok aránya 72%-ra, majd a következő évben 80%-ra emelkedett (Lencsés, Szőke 2009). Az *Egészségügyi Minisztérium* pályázatain már kizárólag önkormányzatok vehettek részt.

Az elmúlt tíz év tapasztalatai és a megkérdezett helyi döntéshozók véleménye alapján¹⁰ a vizsgálatba bevont településeken emelkedett a közösség tagjainak részvétele egy-egy közösségi pályázat megvalósításában, egyes esetekben előkészítésében is. A lakosok hatékonyabban érvényesítik érdekeiket, azonban a közösségi alapú tervezési folyamatok nem váltak helyi gyakorlattá. A közösség tagjainak elvárása legfeljebb egy-egy helyi program (egészségterv keretében elindított falunap, egészségklub, közös mozgásprogramok, stb.) „kikényszerítésére” elegendő, az igény a közös gondolkodásra, a tervezésre nem általános.

Ahhoz, hogy a települések évről-évre frissítsék egészségtervüket, vagyis az egészségterv stratégiai tervezési folyamata újra és újra ismétlődjön, a pályázati összegek elnyerésének lehetősége fontos motivációs eszköz. Amennyiben a komplex egészségtervezési folyamatot a szereplők csak az ismételt megnyíló pályázati keretek „fogságában” tudják fenntartani, felmerül a kérdés, érdemes-e újabb és újabb támogató szereplőnek – legyen az az állam vagy bármely filantróp szervezet – „mesterségesen” meghosszabbítani a támogatási ciklust. Az *Új Magyarország Fejlesztési Terv* keretében megnyíló uniós források¹¹ újratermelhetik e függést, ráadásul annak bürokratikus folyamata szinte kizárja a lakossági részvételt, s ezzel a fenntarthatóság legfontosabb elemét szünteti meg.

Az egészségterv készítése és megvalósítása illeszkedik ahhoz az alkotmányos joghoz, amely szerint: „a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez”.¹² Az Alkotmányon kívül számos törvény (pl. egészségügyi, környezetvédelmi) segítheti az egészségtervek készítésének útját, amelyet az önkormányzatok – ha gyakrabban élnek jogaikkal – helyi rendeletekkel is támogathatnak, hiszen a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi törvény (ötv.) nagy szabadságot, széles felelősségi kört adott a településeknek.

Az ötv. az önkormányzatok kötelező feladatainak felsorolásán kívül¹³ nem határozza meg a közszolgáltatások fogalmát, sem az egyes feladatkörök tartalmát, mélységét. A települési önkormányzat kötelező feladatain túl tehát saját maga határozhatja meg hogy a feladatok közül melyeket lát el, milyen eszközökkel, milyen mértékben és milyen módon.

A törvény a települési önkormányzatok feladatai között sorolja fel az *egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítését*, valamint az egészségügyi és szociális ellátás

biztosítását, azonban a kötelezően ellátandó feladatok közé csak az utóbbiakat helyezi. A feladat konkrét tartalmának törvényi megfogalmazása vagy más iránymutatás hiányában az önkormányzatok nagy része az egészségmegőrzés feladatait kizárólag államigazgatási (hatósági) kérdésként közelíti meg, és egyenlőségjelet tesz a helyi egészségpolitika és az egészségügyi ellátás közé. Ugyancsak problematikus, hogy azt elkülönülten kezeli a többi területtől, így sem a döntéshozók gondolkodásában, sem a stratégiai dokumentumokban (pl. településfejlesztési koncepció, környezetvédelmi program) nem kapcsolódik össze más ágazati politikákkal,¹⁴ holott mindkét vonatkozásban nagy tere lehetne az önkormányzatok helyi „policy-formáló” szerepének.

Az önkormányzati törvény mellett még egy olyan ágazati törvény érdemel figyelmet, amely a település egészségének fejlesztésére vonatkozik, és amelyben a legutóbbi módosítás nyomán az egészségmegőrzés is helyet kap. Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló törvény¹⁵ 2006. évi módosításával a településfejlesztési koncepció karakteresebben jelenik meg; már nemcsak a településrendezési terveket alapozza meg, hanem alapvetően településpolitikai dokumentum, amely a társadalmi és a gazdasági alapokon túl leginkább a környezeti szempontokra és az intézményrendszerre figyel. A törvény szövegébe belekerült az *érintett lakosság életkörülményeinek, értékrendjének vizsgálata* is. Az új előírás szerint e körülményeket nem csupán vizsgálni kell, hanem minimális mértéket is felállított a jogalkotó: „A településrendezés során figyelemmel kell lenni arra, hogy a rendezés végrehajtásával bekövetkező változások az érintett lakosság életkörülményeiben, értékrendjében és szociális helyzetében hátrányos körülményekkel ne járjanak. Ennek érdekében biztosítani kell a területek a közérdeknek megfelelő felhasználását a jogos magánérdekekre tekintettel, az emberhez méltó környezet folyamatos alakítását, értékeinek védelmét.” A törvény szerint a stratégiai tervezés folyamata során biztosítani kell a nyilvánosságot és a széleskörű egyeztetés lépcsőit. Ezzel pedig visszajutunk a közösségi támogatottsághoz, amely ezúttal már nem pályázati igényként, hanem az európai uniós normák szerinti törvényi elvárásaként fogalmazódik meg.

Összefoglalva, a kormányzati szándék, a törvények és jogszabályok szabta előírások segíthetik az egészségtervek működését, de azok fenntarthatóságát csak a helyi forrásokra és kompetenciákra épülő közös tervezés és cselekvés teremti meg. A jó egészségterv-folyamat egyúttal közösségi, társadalmi mozgalom is, amelyben a lakosság felismeri saját problémáit, képes arra, hogy ezeket a problémákat kezelje, és a maga eszközeivel járul hozzá a közösség életminőségének javításához. A települési önkormányzatok katalizátorai lehetnek e folyamatnak, ha felismerik, hogy az egészségterv nemcsak egy pályázati lehetőség a sok közül, hanem hosszú távú, a közösségbe való befektetés.

Összefoglalás

A települési egészségterv a közösségi részvétellel és az ágazatok együttműködésére épülő tervezési folyamat, amelynek fő célja az adott településen élő emberek egészségi állapotának

javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásával. A közösségi (községi és kisvárosi) egészségterv program Magyarországon több mint tíz évre tekint vissza. A civil kezdeményezés néhány év múltán a kormányzati politika szintjére került, és jelenleg az *Új Magyarország Fejlesztési Terv* egészségfejlesztési programjának integráns részét képezi. Az egészségtervek elkészítésében az önkormányzatok kulcsszerepet játszanak. Az egészséget támogató helyi közpolitika kialakítása, valamint az egészségtervek fenntarthatósága a helyi közösség tagjainak széles körű bevonásán, a helyi erőforrásokra és kompetenciákra épülő programok megtervezésén és megvalósításán múlik.

Kulcsszavak: ágazatközi együttműködés, egészség, egészségterv, fenntarthatóság, közösségi részvétel

Summary

The second phase of the *EU Development Plan Hungary* (2007–2013) has drawn attention to the setting approach method and health plans in the health promotion programmes.

The terms „*Community Health Plan*” and the idea of producing such plans originate from the *Healthy Cities Project* of the WHO. A health plan is multidisciplinary planning process and activity programmes expressing the aggregated shared will of the people living in the local community for improving their quality of life, and consequently their health. Health profiles and health plans are now produced in many towns throughout Europe, including Hungary. Since this first initiative, launched by *Fact Institute* and *Soros Foundation Hungary*, the process has widened into something of a „movement”. The small community model outlined in this article, have evolved out of several years’ experience of developing the original health plan concept into a practical policy. Local governments are and can be the leaders of community health planning, if they place more emphasis on resourcing community involvement. It could also serve the sustainability of the process and the programme as well.

Keywords: *intersectoral cooperation, health, health plan, sustainability, community participation*

IRODALOM

- Fehér I.–Szöke K. (2003): „A települési egészségterv megvalósítási stratégiája.” In: *Települési életminőség. A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Kar Közigazgatás-szervezési és Urbanisztikai Tanácskének jegyzete*, Budapest
- Füzesi Zs.–Tistyán L. (1997): „Az egészségterv program koncepciója.” In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 35, (5): 421–427. old.
- Füzesi Zs.–Szöke K.–Tistyán L.–Péntek E. (2001): „Települési egészségtervek.” In: *A falu – A vidékfejlesztők és környezetgazdálkodók folyóirata*, XVI. évfolyam, 2001. ősz, 71–76. old.
- Füzesi Zs.–Tistyán L. (2001): „Tervezhető egészség?” In: *Egészségügyi Menedzsment*, II. évfolyam, 1. szám, 19–22. old.
- Füzesi Zs.–Tistyán L. (2004): *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Egészségfejlesztési Módszertani füzetek (szerk: Kishegyi J.–Makara P.). Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

- Füzesi Zs.–Tistyán L.–Szöke K. (2008): „Egy társadalmi modell: közösségekre alapozott egészségtervek az életminőség javítására.” In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (szerk.: Kopp M.). Semmelweis Kiadó, Budapest
- Községi egészségterv* (1998). Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenciók Munkacsoport, Soros Alapítvány. www.soros.hu Adattár/Települési egészségtervek
- Lencsés G.–Szöke K. (2009): *Községi alapú egészségterv*. Egészséges Településekért Alapítvány, Budapest.
- Orosz É. (2001): *Félfúton vagy tévfúton. Egészségügyünk félműltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországi Egyesület, Budapest.
- „Település – Község – Életminőség.” In: *Tény/Soros. A Soros Alapítvány második évtizede 1995–2004* (szerk.: Nóvé Béla). Soros Alapítvány, Budapest, 337–355. old.

JEGYZETEK

- Külön hangsúlyt kapott a kormányzatok (beleértve az önkormányzatokat is) együttműködése más szektorokkal.
- Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1
- A magyarországi kapcsolattartó az *Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége*.
- „*Village health plan*” címmel több program fut szerte a világon – elsősorban Délkelet-Ázsiában – ezek azonban a kistelepüléseken élők egészségügyi ellátásával, a higiénés viszonyok javításával foglalkoznak.
- A 2 000 és 5 000 közötti lélekszámú települések között 100 nagyközség és 52 kisváros található.
- Az egészségterv koncepciójának és elkészítésének részletes leírását ld. Füzesi Zs.–Tistyán L. (1997, 2001, 2004) publikációiban, valamint

- a Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenciók Munkacsoport *Községi egészségterv* című kiadványában (1998).
- Dr. Füzesi Zsuzsanna és dr. Tistyán László, a Fact Intézet vezető munkatársai készítettek először egészségtervet Magyarországon, Pécsen. A Soros Alapítvány által támogatott települési egészségterv program módszertanának kidolgozása szintén e két szakembernek köszönhető. A kurátorok, dr. Kishegyi Júlia, dr. Pintér Alán és dr. Fekete Attila, valamint Belia Anna programigazgató, tudásukkal, ötleteikkel, elkötelezettségükkel járultak hozzá a program sikeréhez. Én magam a program vezetőjeként dolgoztam.
 - 5 000 fő lakosságszám alatti települések nyújthattak be pályázatot.
 - Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Népegészségügyi Iskola; Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ; Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; Budapesti Corvinus Egyetem, Közigazgatástudományi Kar; Széchenyi István Egyetem

10. 2007 és 2009 között 18 kistéleplési döntéshozóval készítettem interjút.
11. 2009 júliusában kiírták a TÁMOP 6.1.2. pályázatokat. A pályázat jelentős része egészségterv elkészítésére irányul.
12. *A Magyar Köztársaság Alkotmánya, 70/D.§/1/.*
13. A kötelező feladatok a feladatoknak azt a minimális körét jelentik, amelyek elengedhetetlenül szükségesek a helyi közösség alapfokú ellátásához, a település üzemeléséhez. A települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészséges ivóvízellátásról, az óvodai nevelésről,

az általános iskolai oktatásról és nevelésről, az egészségügyi és a szociális alapellátásról, a közvilágításról, a helyi közutak és a köztemető fenntartásáról; köteles biztosítani a nemzeti és az etnikai kisebbségek jogainak érvényesülését.

14. Helyi döntéshozókkal készített interjúkból az ágazatközi együttműködés hiánya rajzolódik ki.
15. *Az 1997. évi LXXVIII. törvény módosításáról szóló 2006. évi L. törvény*