



EGB/3/2010.  
(EGB-3/2010-2014.)

## **J e g y z ő k ö n y v <sup>\*</sup>**

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**  
2010. június 16-án, szerdán, 10 órakor  
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében  
megtartott üléséről

---

<sup>\*</sup> *A jegyzőkönyv eredeti hitelesített példánya az Országgyűlés Levéltárában megtalálható.*

## Tartalomjegyzék

<b><u>Napirendi javaslat:</u></b>	<b>3</b>
<i>A bizottság részéről</i>	4
<u>Megjelent</u>	4
<u>Helyettesítési megbízást adott:</u>	4
<i>Meghívottak részéről</i>	5
<u>Hozzászóló(k)</u>	5
<b><u>Elnöki bevezető, napirend előtti bejelentések</u></b>	<b>6</b>
<b><u>A bizottság állásfoglalásának ismertetése</u></b>	<b>6</b>
<b><u>A napirend elfogadása</u></b>	<b>8</b>
<b><u>Tájékoztató a pszichiátriai ellátás helyzetéről és távlatairól (rövid távú válságkezelés és középtávú felülkerekedés)</u></b>	<b>8</b>
<i><u>Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) előterjesztése</u></i>	9
<i><u>Dr. Szabó Máté, az állampolgári jogok országgyűlési biztosának kiegészítése</u></i>	17
<i><u>Kérdések, hozzászólások</u></i>	19
<i><u>A szakma képviselőinek hozzászólásai</u></i>	29
<u>Dr. Németh Attila (Országos Pszichiátriai Központ)</u>	29
<u>Dr. Harmatta János (Pszichiátriai Szakmai Kollégium)</u>	30
<u>Dr. Kurimay Tamás (Magyar Pszichiátriai Társaság)</u>	31
<i><u>Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Fejlesztési Minisztérium) válaszai az elhangzottakra</u></i>	35
<b><u>Egyebek</u></b>	<b>39</b>

**Napirendi javaslat:**

1. Tájékoztató a pszichiátriai ellátás helyzetéről és távlatairól (rövid távú válságkezelés és középtávú felülkerekedés)
2. Egyebek

**Az ülés résztvevői****A bizottság részéről****Megjelent**

**Elnököl: Dr. Mikola István** (Fidesz), a bizottság elnöke

Dr. Gyenes Géza (Jobbik) a bizottság alelnöke  
Dr. Heintz Tamás (Fidesz)  
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)  
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz)  
Dr. Iván László (Fidesz)  
Jánosiné dr. Bene Ildikó (Fidesz)  
Dr. Kovács József (Fidesz)  
Dr. Kupper András (Fidesz)  
Dr. Pósan László (Fidesz)  
Dr. Szabó Tamás (Fidesz)  
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)  
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)  
Dr. Puskás Tivadar (KDNP)  
Dr. Garai István (MSZP)  
Kovács Tibor (MSZP)  
Hegedűs Tamás (Jobbik)  
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)  
Szilágyi László (LMP)

**Helyettesítési megbízást adott:**

Dr. Pesti Imre (Fidesz) dr. Mikola Istvánnak (Fidesz)

**Meghívottak részéről****Hozzászóló(k)**

Dr. Szabó Máté, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa  
Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)  
Dr. Müller Éva szaktanácsadó (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)  
Dr. Németh Attila, az Országos Pszichiátriai Központ szakmai igazgatója  
Dr. Harmatta János, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elnöke  
Dr. Kurimay Tamás, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke  
Dr. Kosza Ida, a Pszichiátriai Rehabilitációs Világszövetség alelnöke  
Dr. Nagy Zoltán, a Magyar Stroke Társaság elnöke, az OPNI egykori  
főigazgatója  
Dr. Oberfrank Ferenc, az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézetének  
ügyvezető igazgatója

(Az ülés kezdetének időpontja: 10 óra 05 perc. )

### **Elnöki bevezető, napirend előtti bejelentések**

DR. MIKOLA ISTVÁN (Fidesz), a bizottság elnöke (a továbbiakban ELNÖK): Jó napot kívánok! Üdvözlöm az Egészségügyi bizottság tagjait. Tisztelettel köszöntöm a Nemzeti Erőforrás Minisztérium részéről megjelent dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár urat, őt szeretném röviden bemutatni itt a bizottságnak, gondolom, hogy gyakori vendégünk lesz, és köszöntöm dr. Müller Éva szakértő asszonyt, az egészségpolitikai főosztály munkatársát. Köszöntöm a megjelent szakértőinket.

Az első napirendi pont tárgyalásához, a pszichiátriai ellátás helyzetének a vizsgálatához meghívtam minden jelentős pszichiátriai szakmai szervezet vezetőjét, és meghívtam Szabó Máté ombudsman urat is. Köszöntöm őt is, köszönöm, hogy eljöttek és segítenek bennünket a mai feladataink elvégzésében.

Megállapítom a határozatképességet, és megkérdem a bizottság tagjait, hogy kívánnak-e napirend előtt szólni. *(Nincs jelzés.)* Ha nem, akkor nekem lenne egy napirend előtti bejelentésem, felszólalásom. Emlékeztetem a tisztelt bizottságot arra, hogy az egy héttel ezelőtt megtartott ülésünkön, ahol népegészségügyi kérdésekről tárgyaltunk, abban maradtunk, hogy a nagyon értékes, sokszínű szakértői vélemény és természetesen a bizottsági tagok által elmondottak alapján egy állásfoglalást fogunk készíteni, és ezt a mai napon fogom ismertetni. Azért a napirend előtti helyen teszem ezt meg, mert úgy gondolom, hogy a mai ülésünk fő témája is, a pszichiátriai betegellátás helyzete is népegészségügyi magaslatokat járó nagy probléma és kérdéstömeg, tehát talán jó bevezető lesz ennek az állásfoglalásnak az ismertetése, és kérem a bizottság tagjait, hogy utána jelezzék, hogy van-e ezzel kapcsolatban még további módosító javaslatuk vagy elfogadják így, ahogy ezt összeállítottuk.

### **A bizottság állásfoglalásának ismertetése**

Tehát az állásfoglalás a következő. Egy idézettel kezdődik a lap jobb szélén, a bizottság egyik tagja által mondottakat kiemelte: „Az egészségügy időnként valamennyiünk számára fontos. A népegészségügy valamennyiünk számára mindig fontos.”

Az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának 1/2010-2014 (2010. június 16.) számú állásfoglalása. „A népegészségügyi programok mellett valódi népegészségügyi aktivitásra van szükség!”

A 46/2003. (IV.16.) OGY határozat 2. c) pontja a Kormányt arra kötelezi, hogy az aktuális népegészségügyi program előrehaladásáról évente tájékoztassa az Országgyűlést.

Az Országgyűlés Egészségügyi bizottsága 2010. június 9-én tartott ülésén a bizottság szükségesnek látta a 2008. évi népegészségügyi helyzet értékelését kibővíteni a 2000. évet követően készült népegészségügyi áramlatokat összefoglaló nagy programok (Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, Johan Béla Népegészségügyi Program, Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja) áttekintésével. Bár valamennyi kormányzat törekedett arra, hogy a kérdéssel foglalkozzon, igazi áttörést mégsem sikerült elérni.

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2008. évi előrehaladásáról az Országgyűlés részére készült jelentés jellegzetessége, hogy részletesen beszámol az eseti, pilot projekt jellegű, kis költségvetésű, következményesen csak keveseket elérő akciókról, miközben feltehetően csekély - szinte csak a szűrőprogramokat érintő -, a nagy lakossági célcsoportokra irányuló preventív intervenciókról ad számot.

Az Egészségügyi Bizottság az előterjesztett beszámoló alapján három megoldásra váró kérdésre hívja fel a kormányzat figyelmét:

1. A népegészségügyi program sikeréhez nélkülözhetetlen az iskolai egészségfejlesztési programok általánossá tétele. Az általános iskolákban az egészségtan tantárgy oktatása teremtheti meg az egészségfejlesztési ismeretek elsajátításának, az egészséges életre való igénynek, képességnek és készségnek az alapját. Az egészségfejlesztési ismeretek a tanárképzési szakok kurrikulumának szerves részét kell, hogy képezzék.

2. Az ellátás-fejlesztés súlyos adóssága az orvosi alapellátás keretében a prevenció szolgáltatások intézményesítése. Ehhez a jelenlegi háziorvosi rendszer strukturális és finanszírozási átalakítása szükséges.

3. Sajnálatos, hogy a TÁMOP keretében a 2007-2008. évi akcióprogramban tervezett, népegészségügyi szempontból meghatározó jelentőségű kiemelt projektek a mai napig nem valósultak meg, sőt indításuk - esetenként még meghirdetésük is - késlekedik. Hasonló a helyzet az egészségfejlesztés területére eddig soha nem tapasztalt volumenű támogatás bevonását lehetővé tevő programok vonatkozásában is, melynek teljesítése az ütemezettől messze elmarad. A népegészségügyi célokat szolgáló uniós források lehívása a program megvalósítása szempontjából halaszthatatlan.

A népegészségügyi programrészek között nem volt világos koordináció, kitüntetett, felelős irányító szervezet, hiányzott az interszektoriális együttműködés. Elenyésző számban történtek egészség-hatásvizsgálatok.

A bizottság szükségesnek látja, hogy a korszerű népegészségügyi technológiák, az egészség-hatásvizsgálatok alkalmazásával kimutatható egészségnyereséget érjünk el. Végezetül, a népegészségügyet kormányzati szinten interszektoriális felelősségvállalással új intézmény formájában szükséges képviselni, önálló költségvetéssel.

Az Országgyűlés Egészségügyi bizottsága felhívja a kormányzat figyelmét a következőkre: Az Európai Unióhoz a 2004-ben és az azóta csatlakozott országok, valamint a csatlakozás előtt álló jelölt-államok gazdasági fejlődésének ütemét jelentősen fékezi, s így gazdasági versenyképességüket is súlyosan korlátozza lakosságuk kritikus egészségi állapota - mely az egészségi állapot indikátorok vonatkozásában az EU átlagától való jelentős elmaradásban nyilvánul meg -, s ez az Európai Unió harmonikus, kiegyensúlyozott fejlődésének is gátját jelenti. 2011. január-június között Magyarország viszi az Európai Unió soros elnökségét, melyet az év második felére a népegészségügyi problémák vonatkozásában érintett és azok iránt szenzitív Lengyelország vesz át. Mindezek új esélyt jelenthetnek egy országhatárokon átnyúló, térségi népegészségügyi programfolyamat elindításához.

Az Országgyűlés Egészségügyi bizottsága felkéri a kormányt, a nemzeti erőforrás minisztert, hogy a prioritások újragondolásával készítsen rövid-, közép- és hosszú távú népegészségügyi koncepciót, az ehhez szükséges források megjelölésével és ezt terjessze a parlamenti szakbizottság elé.

Az új kormányzati struktúra, a Nemzeti Erőforrás Minisztériumának létrejötte garancia lehet arra, hogy a népegészségügyi felelősségvállalásban is új fejezet nyíljk. Aláírás, dátum.”

Kérdezem a bizottság tagjait, van-e ehhez valamilyen érdemi módosító javaslat, vagy ebben a formában elfogadhatjuk az állásfoglalást. *(Nincs jelzés.)* Ha nincs, akkor kérem a bizottságot, kézfeltartással jelezze, ki az, aki egyetért az állásfoglalással. *(Szavazás.)* Köszönöm szépen. Kérdezem, ki nem ért egyet? *(Nincs jelzés.)* Ki tartózkodik? *(Nincs jelzés.)*

Megállapítom a jegyzőkönyv számára, hogy a bizottság az állásfoglalást elfogadta.

Tisztelt Bizottság! Emlékeztetek arra, hogy házszabályi kötelezettségünk, hogy minden bizottsági ülésen született szó szerinti jegyzőkönyvet készítsünk, és amennyiben olyan téma forog napirenden, amelyik állásfoglalás kialakítására ad alkalmat vagy szükségesnek tartja ezt, akkor ezt az állásfoglalást elkészítjük.

Szeretnék élni azzal a lehetőséggel, hogy ha nagyon nagy témákat tárgyalunk, mint volt a népegészségügy, vagy ma éppen a pszichiátriai ellátás, akkor engedjük meg magunknak azt, hogy ne azonnal fogalmazzunk meg állásfoglalást, mert ezek mindig kapkodó jellegűek,

és utólag azt tapasztaltam, hogy sokszor gond van vele, hanem egy hét laufot adjunk a dolognak, és a következő ülésünkön legalább újrhangsúlyozzuk a témát, szülessék meg az állásfoglalás.

Tessék, napirend előtt Kovács Tibor képviselő úr!

KOVÁCS TIBOR (MSZP): Csak ehhez kapcsolódóan: egyetértünk, mint ahogy megszavaztuk az állásfoglalást. Szerencsésebbnek tartanám a következő alkalmakkor, ha ezt nem felolvassná az elnök úr, hanem írásban megkaphatná valamennyi bizottsági tag, és úgy követhetnék a felolvasást. Az állásfoglalást is nyilván utólag megkaphatjuk.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Most rögtön kérem, hogy ezt sokszorosítsák, kiosztom, és a következőkben ezt fogjuk tenni, hogy előre ki fogjuk adni.

Tessék, Szilágyi László képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm, elnök úr. Hasonló kérésem lett volna, talán ha egy-két nappal ezelőtt megkapjuk e-mailen az ilyen szövegeket, akkor érdemben hozzá tudunk szólni, de itt én sem gondolom, hogy érdemes lett volna ezen bármit módosítani. Köszönöm.

ELNÖK: Jó, akkor jelzem a bizottság felé, hogy egy-két nappal előtte, hétfőig, így szerepeljen akkor a jegyzőkönyvben e-mailen mindenki számára el fogjuk az állásfoglalást, illetve annak a tervezetét küldeni.

Van-e napirend előtt valakinek megjegyzése? *(Nincs jelzés.)* Nincs.

### **A napirend elfogadása**

Akkor mindenki megkapta a programot. Kérem, hogy fogadjuk el a napirendet. Van-e valakinek megjegyzése a napirenddel kapcsolatban? *(Nincs jelzés.)* Ha nincs, akkor kérem, hogy aki egyetért az írásban kiküldött napirenddel, kézfeltartással jelezze! *(Szavazás.)* Ki nem ért egyet? *(Nincs jelzés.)* Ki tartózkodik? *(Nincs jelzés.)*

Megállapítom, hogy egyhangúlag elfogadtuk a mai napirendet.

### **Tájékoztató a pszichiátriai ellátás helyzetéről és távlatairól (rövid távú válságkezelés és középtávú felülkerekedés)**

Az első napirendi pont: Tájékoztató a pszichiátriai ellátás helyzetéről és távlatairól.

Tisztelt Bizottság! Egy nagyon rövid bevezetőt szeretnék ehhez a napirendi ponthoz tenni. Emlékeztetném a tisztelt bizottságot, hogy az elmúlt néhány évben több alkalommal, négy-öt alkalommal foglalkoztunk a pszichiátriai betegellátás helyzetével. Ez a bizottsági érdeklődés főleg az országos intézetnek a bezárását követően nőtt meg. Az Egészségügyi bizottság kihelyezett ülést is tartott, közös, több bizottság részvételével szervezett ülést az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben, ahol részletesen foglalkoztunk a felmerült gondokkal, elemeztük a problémákat, és megállapítottuk azt, hogy komoly gondok vannak a pszichiátriai ellátás területén. Majd a bizottság érdeklődésén és megállapításain, állásfoglalásain túl az ombudsman is foglalkozott többször a kérdéssel, és ha szabad, akkor én itt csak néhány gondolatot vetnék fel a megbeszélés és a vita elindításaképpen.

Az ellátatlanul maradó betegek problémáival foglalkoztunk, foglalkoztunk azzal a kérdéssel - szakemberek bevonásával -, hogy az ellátás területén mutatkozó problémákat súlyosbítja az a pszichiátriára jellemző, mondhatnám specifikus orvosi jelenség, hogy az elmebetegségben szenvedőknek, pszichés problémákban szenvedőknek sokszor nincs betegségbelátó képességük, és amennyiben nem jól szervezett az ellátás, ha informatikailag nem felkészült az ellátórendszer, az országos intézeti feladatok, amelyek köteleességszerűen a



pszichiátriai betegek epidemiológiai, térségi adatait is kell hogy összegezzék, gyűjtsék, rendszerezék, és a gondozást szervezzék, ha ez nem működik, akkor itt az egyéb orvostudományi területeken túl is jellegzetes és súlyos problémák mutatkozhatnak.

Foglalkoztunk a stroke-ellátás kérdésével, helyzetével is, hiszen az országos intézet megszűntével a budai területen súlyos ellátási gondok támadtak a stroke-betegség területén is. Regisztráltuk, észleltük, rögzítettük azt a kárt, ami a magas szintű oktatási és kutatási centrumként is működő Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet megszűntével állt elő.

Külön kérdésként tárgyaltuk a 14-18 éves korú serdülők akut pszichiátriai ellátási területén beállt gondokat, és ennek a megoldására felhívásokkal és javaslatokkal éltünk. Észleltük, regisztráltuk a pszichiátriai problémákon túlmenően az országos intézet megszűnését követően beállt problémákat, a neuropathológiai laboratórium megszűnését, a kórrajzoknak a raktározása, kezelése területén beállt problémákat és a Lipótmezőn működő kulturális tevékenységnek és ennek az örökének az elhelyezését és az ezzel való bánás területén meglévő gondokat is.

Az ombudsman több jelentésében – mint említettem – foglalkozott a kérdéssel, és sürgette a bizottság szerepvállalásával is a meglévő problémák rendezését.

Tehát ennyit az anamnesztikus adatokról. Ezek után megkérném a tárca képviselőjében megjelent helyettes államtitkár urat, dr. Cserhádi Péter urat, hogy az ágazatvezetés részéről röviden a helyzetet mutassa be. Ezt követően egy körben fogunk a bizottság tagjaival megbeszélést nyitni, kérdésekkel, megjegyzésekkel lehet élni, majd ezután meg fogjuk kérni a szakértőket, hogy röviden fejtsék ki – ha óhajtják – álláspontjukat a jelenlegi helyzettel kapcsolatban. Köszönöm szépen.

#### **Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) előterjesztése**

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium):  
Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Asszony! Képviselő Urak! Tisztelt Megjelent Szakmabeli és Médiapartnerek! Ha szabad, akkor ezt a bemutatkozást, amit elnök úr említett, röviden, miután valóban először van módom a bizottság előtt megjelenni, megteszem, külön kitérve a pszichiátriával való kapcsolatomra. Én ugyan baleseti sebész vagyok, a végzésem után 20 évig úgy dolgoztam a megszűnt Baleseti Intézetben, majd a Rehabilitációs Intézetben, de már medikus koromban Bálint-csoportban dolgoztam néhány évig. Talán a pszichiáter kollégák tudják, ez a pszichoszomatikus terület, nyertünk is egy pályázatot, illetve hadd emeljek ki egy nevet a munkásságomból: Manninger Jenő professzor úr nevét, akivel 20 éven át együtt dolgoztam, és a tudományos munkát is tulajdonképpen mellette végeztem, döntően csípőtáji törésekben, gyakorlatilag a gerontopszichiátria tárgykörében tettünk európai nagy study megállapításokat.

A családi vonatkozásban hadd emeljem ki azt, vagy egyéb háttérben, hogy feleségem evangélikus lelkész, Fóton élünk, négy gyermekünk van. Ott mi magunk egy alapítványi formában működtetjük a házi-szakápolási szolgálatot, tehát van egy ilyen rálátásom is a területre, illetve több minden más projekt mellett egy nagyobb projektnek voltam éveken át a vezetője. Az Evangélikus Egyház szeretett volna egy egykori lehetőség mentén újra egy szakkórházat alapítani, és annak idején éppen Mikola miniszter úrhoz fordultunk, és 2002-ben még ő indította el ezt a folyamatot, és sajnos, hat éven át vergődtünk vele, és nem sikerült, pedig ennek az egyik eleme egyébként egy pszichiátriai rehabilitációs osztály lett volna. De ez a történelmi egyház is jelentős számú olyan intézménnyel rendelkezik, amely mellé szükség lett volna egy ilyen típusú háttérre.

Köszönöm, hogy ezt meghallgatták. Elnézést kérek azért, mert egy kicsit sűrű az életünk, egy hete történt az eskütétel, az árvízi védekezés, illetve a hóhullám mellett maga az átadás-átvétel is olyan terhelést jelent, amely mellett kellett felkészülni a mai alkalomra. Igyekeztem azért megpróbálni helytállni, ha esetleg döccenők vannak, amiatt elnézést kérek.

Rátérve a témára, én tulajdonképpen három részben gondoltam összefoglalni a mondanivalómat. Az első: magában a meghívóban szereplő, hivatkozott állampolgári jogok országgyűlési biztosa, Szabó Máté professzor úr által írt jelentésből szeretnék néhány adatot kiemelni, hiszen a legutolsó verzió, a 2009 decemberi egészen frissnek mondható, részben az OPNI kapcsán, részben pedig általában a pszichiátria helyzetére nézve. A második részben 7 pontban foglaltam össze azokat az észleléseinket, amelyek az átadás-átvétel kapcsán ezeket kiegészítik. Szokták ezeket csontvázaknak nevezni, majd nyilván ki fog derülni ennek kapcsán, hogy ezek pontosan mit is jelentenek, és utána 9 pontban foglaltam össze azokat az elképzeléseket, azokat a gondolatokat, amelyek ezen problémák orvoslására jelenleg a kormányprogram és a minisztériumban jelenleg vezető munkacsoport elgondolásait tartalmazzák erre a területre.

Ha jól értem a folyamatot, a 2007. évi drámai események után történt egy első vizsgálat biztos úrérk részéről, amelynek kapcsán lényegében három megállapítást emelnék ki. Az egyik az, hogy megszűnt a stroke-ellátás is a budai oldalon. Ezzel nem szeretnék a továbbiakban foglalkozni, hiszen nem tárgya a meghívónak, de azért egy jelentős ellátási probléma függött össze ezzel. A 2. pontban kiemelődött az, hogy megszűnt az OPNI területén az addiktológiai és a drogambulancia ellátás, ami szintén a budai oldal hátrányos helyzetét jelentette. Harmadrészt pedig a médiában is legismertebb probléma a krónikus pszichiátriai betegek sorsa, hiszen gyakorlatilag nem oldódott meg az, hogy ezeknek a betegeknek a problémája krónikus, esetleg szociális típusú, hosszú távon erre vártak évek óta, és ez a megoldás nem lépett azonnal hatályba.

Ha jól tudom, erre az akkori ágazatvezetés reagált, egy elég polémikus helyzet alakult ki akkor, és ennek kapcsán még mellékesen az Országos Addiktológiai Intézet átalakítása is megtörtént, és ha jól értem, akkor ez is indokolta azt, hogy egy év után megtörtént egy utóvizsgálat, egy igen alapos, igen részletes utóvizsgálat. Ebből szeretnék csak néhány számot röviden idézni a helyzet értékelésül. Világosan kiderült ebből, hogy az OPNI megszüntetésekor működtetett 849 ágyból 590 került a fővároshoz, tehát de facto ágyszámcsökkenés következett be ezzel.

Különösen súlyos volt az, hogy egy jó ideig nem volt megoldott a gyermekpszichiátria helyzete, végül is azt hiszem, 2009-ben a Delej utcában, a Heim Pál Kórház kötelékében sikerült ezt a kérdést, legalábbis területileg megoldani. Nagyon kérdésessé vált a Tündérhegyi részleg helyzete, ott nagyon komoly állagmegóvási, felújítási problémák voltak, és gyakorlatilag, ha jól tudom, csak most, 2009-2010-re rendeződött az OORI-hoz csatolásával és átköltöztetésével egy életveszélyessé vált, évek óta fel nem újított épületből.

Egészen meglepő vagy megdöbbenő a humán erőforrás helyzete. A jelentésben az szerepel – összeadtam a számokat -, hogy ha jól értettem, 59 és néhány fő orvos és szakdolgozó ment át az OPNI-ből a 7-ből összesen 3 fővárosi intézménybe, miközben csak orvosból a 2006. évi adatok szerint 204 fő dolgozott az intézetben. Tehát ez egy hihetetlenül nagy csökkenés.

Komoly probléma volt a területi ellátási kötelezettség megoldásában, hogy a budai, konvertálva pesti intézmények megoldása, szállítási problémák. Nagyon komoly csökkenés észlelhető óraszámokban a járóbeteg-ellátás területén, hiszen a 3970 szakorvosi, nem szakorvosi óraszám lecsökkent 953-ra, amit átvettek az intézmények, illetve a drogambulanciás ellátás, amiről beszéltünk, a 632 órából 108 óra maradt a főváros területén, amit aztán később egy második, szintén későbbi megoldásképpen civil szervezetek vettek át részben.

Ezen kívül megemlíti a jelentés a speciális feladatokban beállt problémákat, amelyeket elnök úr is említett, mint a kutatás helyzete, amely a vaszkuláris neurológiai tanszéki csoport létrehozásával valamelyest moderálódott, a molekuláris genetika kapcsán sokáig probléma volt, nagy nehezen, most, azt hiszem, az orvosi egyetem klinikáján találtak ők helyet. A Tündérhegyről beszéltünk, mint speciális pszichoterápiás ellátásban sokáig ilyen ingadozás

volt, a Szent István, a Szent László Kórházhoz csatolták őket, finanszírozási gondok voltak. Ezek mind jelzik a speciális problémákat, és ezen belül szeretnék egy dolgot kiemelni, a forenzikus pszichiátria helyzetét, amelyet a bizottság és egy külön biztosi jelentés is tárgyalt, amelyekre később majd szeretnék visszatérni, amit a büntető törvénykönyv megváltozása most különösen akuttá tett és tesz. Gyakorlatilag valóban ezek a kérdések is, minthogy az elmefertőző, elme-belgyógyászati osztály megszűnése, átalakulása, a Nyíró Gyula Kórházban újraindulása, a hihetetlenül értékes dokumentációnak a bizonytalan sorsa számos ilyen problémát vetett fel.

De ha jól értem a jelentést, az igazán megrázó benne az, hogy az OPNI tulajdonképpen egy szimbóluma, nem az OPNI önmagában, a 250 ágy megszűnése, hanem egy szimbóluma annak a helyzetnek, ami általában a pszichiátriát érte tulajdonképpen a 2007. évi változásokkal kapcsolatban. Akkor itt megint szeretnék számokat idézni, szintén a jelentésből. Tehát a jelentés nagyon hitelesen kitér ezekre a tényekre, hogy a pszichiátriai ágyak száma 3,89/10000 főről gyakorlatilag kerek egynegyedével, azaz 3,2 százalékra csökkent, ami azt jelentette, hogy az európai középmezőnyben, bár általában az akut ágyak szempontjából majdnem túl jól álltunk, a pszichiátria területén a 23. helyre zuhantunk vissza, az Európai Unióban csak Olaszország és Ciprus van mögöttünk. Tehát egy kifejezetten nagy és szelektív probléma alakult ki, mondhatnánk erre azt, hogy a krónikus ágyak számának gyarapítása esetleg kompenzált, minthogy ez egy jogos folyamat részben, általában, hogy az aktív ellátások krónikus ellátásba konvertálódnak, de ez nem történt meg. Ott mindössze 4 százalékos volt a növekedés, ennek eredményeképpen összességében kerekén 8 százalékos ágyszámcsökkenés állt be a szakma egészére nézve. Ez egy elég súlyos megállapítás.

Ezen belül nagyon súlyos a területi aránytalanság, nem is említem itt a központi régiót. Heves megyében, ahol szerintem nincs is, gyakorlatilag bizonyos ellátások hiányoznak, 1,2, tehát 1/10000 főhöz képest például a Dél-Alföldön 3,4-szerese. Tehát egy területi aránytalanság is fennmaradt a rendszerben, vagy talán súlyosbodott.

Külön problémát jelent a pszichiátriai rehabilitáció elválasztása az alapszakmájától és ennek bizonytalanságai. Külön problémát jelent a gondozói díj csökkentése, szintén 2007-ben egy másik folyamat mentén. Az addig fix díjakkal működtetett rendszerben egy 50 százalékos csökkenés állt be, és megpróbálták a gondozási tevékenységet egy teljesítmény-finanszírozási irányba tolni, ami eléggé furcsa helyzeteket eredményezett ezen a területen, és nem is oldotta meg ezt a problémát, erre majd később akutan szintén vissza kell térni.

Sajnos, ennek mellékes jelenségeként érezhető egy munkaerő-hiány. Megoldásképpen próbálták ezeket csatolni működő intézményekhez. A legnagyobb, vagy ehhez hasonló probléma az, hogy mindeközben mondhatnánk azt, hogy ha a krónikus ellátás nem, de akkor a szociális ellátás fejlesztése viszont ezeket a betegeket felvette. De erről szó sincsen, mert igazából nem tudunk arról, hogy a hajléktalan vagy deváns vagy várólista-kérdésben a szociális ellátási kapacitás fejlesztése megoldást jelentett-e volna.

Gyakorlatilag, ami a szakma, és persze nemcsak a szakma, ez már nemcsak egyedi jelensége a szakmának, de itt is különösen súlyos a humán, az emberi, orvosi, szakdolgozói minőség és szám jelentősége. Ha jól tudom, idézi a jelentés is, a felmérések szerint a fiatal, túlterhelt rezidensek, akikre hihetetlen terhelés jut ezeken a területeken, 50-60 százalékban terveznek migrációt Magyarországról, amit mint tudjuk mindannyian, hihetetlen módon a rendszer konnotál is, hiszen nagyon nagy számban kapnak ezek a fiatal kollégák állásfelhívásokat például Skandináviába, pszichiátriai állásokra.

Ami szintén elgondolkodtató, hogy 1417 működési engedéllyel rendelkező, tehát pszichiátriai szakvizsgával rendelkező kollégából az Országos Pszichiátriai Központ felmérése alapján mindössze 700 kolléga dolgozott ezek szerint akkor a szakmában biztosan. Eleve egy megjegyzést hadd engedjek itt meg: egy picit engem meglepett az átadás-átvételnél ez a fajta információs bizonytalanság. Tehát hogy gyakorlatilag nem tudjuk vagy nem tudtuk

lefixálni a jegyzőkönyvben azt, hogy akkor voltaképpen hogyan oszlik meg ma a 30-valahány ezer orvos tevékenysége a szakvizsgájával összefüggésben. Ezt igazából a rendszer, ha jól tudjuk és jól értjük, most fogja majd produkálni azokat a számokat az első ötéves ciklus végén, amikor nagyjából erről lehet sejtésünk. Tehát ezért furcsa az, hogy nem a tárca, hanem a pszichiátriai központ becslésére hivatkozom most itt akkor, amikor azt mondom, hogy csak a szakma fele dolgozik tulajdonképpen a területen. Azt hiszem, hogy itt a szakápoló-utánpótlást nem kell kiemelni.

Ahogy említettem, különösen súlyos egyéb restriktívok érték a gyermek-pszichiátriát, az addiktológiai ellátást az ágyszámcsökkentésben, a túlterheltségben és az akut elhelyezés megoldatlansága szintén felmerült a gyermek-pszichiátria területén. Három régióban a hétből nincsen gyermek-pszichiátriai ellátás jelenleg Magyarországon. Tehát az aránytalanság megint fennáll. Nyilván nem lehet figyelmen kívül hagyni azt, ami a területhez tartozik, a neurológiával szemben, amit most nem szeretnék tárgyalni, az addiktológia helyzete, ahol igen nagy intézményi bizonytalanságok is voltak. Ha jól értem, itt az Addiktológiai Centrum működik a területen, a szakértői központ alá delegálva, egy csekély szakmai fővel, hasonlóan az Országos Pszichiátriai Központhoz, amelyik szintén közben létrejött, de ezek a testületek, ha jól értem, a csekély létszámukkal „csak” módszertani munkára képesek, nem képesek a speciális gyógyító tevékenységet pótolni, ellátni.

Ezek voltak azok a megállapítások, amelyeket szerettem volna a jelentésből kiemelni a helyzet érzékeltetésére. Egy tanulmány áll még a rendelkezésemre, abból csak három adatot szeretnék ismertetni röviden. Ez még nem publikus jelenleg, gyakorlatilag az OPNI bezárásával kapcsolatos. Az öngyilkosságok számának alakulása Magyarországon ugyan csökkenő tendenciát mutat az európai trendeknek megfelelően, de még mindig a 21., gyakorlatilag leghátsó helyen vagyunk. Ez nem uniós study, hanem Oroszország az egyetlen, amelyik ebben a mezőnyben mögöttünk volt, mindenki más jobb volt. A májzsugor halálózása, amely azt gondolom, masszívan összefügg az alkoholizmussal, a pszichiátriai helyzettel, abban európai elsők vagyunk, a mi görbénk rontja az európai átlagot, mert extrém módon fölötte van a többiekének, és nem is szívesen veszik be emiatt a magyar adatokat.

A harmadik érdekes adat az, hogy a túlterheltséggel összefüggésben és a rendszer leépülésével összefüggésben az a féltés, hogy egy ilyen szakma, ahol a humán kontaktus jelentősége igen jelentős lenne, a pszichoterápiás tevékenységre nincs idő, nem marad idő, és ennek feltehetően egyik következménye az, hogy a gyógyszeres terápiák kerülnek előtérbe, esetleg meggyőződés vagy pontosabban szakmai indok vagy idő híján. Ennek nyomait szintén ki lehet mutatni, 2007-től Magyarországon a nyugtatók, illetve az antidepresszánsok területén egy felfelé emelkedő görbe mintha egy trendtörést jelentene.

Ezek voltak a hozzáfűzött egyéb adatok. Akkor áttérnék arra a területre, amit saját magunk észleltünk az átadás-átvétel kapcsán, egy-két problémát szeretnék jelezni. Az szerepel az átadás-átvételi adatokban, hogy az Addiktológiai Intézet szerepét átvett Addiktológiai Centrum szolgáltatási feladatokat is ellát, és ezt az OORI, a Rehabilitációs Intézet vette át. Én erről nem tudok biztosan, hogy ez valóban működik-e. Valamilyen adminisztratív kötelék van a két intézmény között, de hogy az OORI-ban – én ott dolgoztam két évig – pszichiátriai típusú, addiktológiai típusú tevékenység nincs, terápiás tevékenység, azt biztosan tudom, Harmatta tanár úr biztosan ki fog tudni ebben egészíteni.

Ami szomorú, hogy az ehhez a rendszerhez köthető fővárosi 6 TÁMASZ-bázisból három megszűnt időközben, egy a kollégák távozása, kettő pedig egyéb okok miatt, nem tudták finanszírozni, a XII., XV., XVII. kerületben az ambuláns addiktológiai tevékenység tovább romlott még ehhez képest.

A gondozói fix díj csökkenése, amiről az előbb már említést tettem, mint krónikus problémáról 2007 óta, ebben az évben oda kulminált, mint kiderült az átadás-átvétel kapcsán, hogy az E. Alapban a korábbi 4,6-5,2 milliárd forint közötti összeg helyett ebben az évben

csak 2,3 milliárd forint szerepelt ebben a fejezetben, amire ugyan történt egy átcsoportosítás idén márciusban, 3,4 milliárd forint értékig, de ez még mindig messze nem fedi. Ezért jelenleg ott tart a helyzet, hogy körülbelül öszre ennek a kasszának a kimerülése fenyeget, és ezt valahogy meg kell oldani.

A forenzikus pszichiátriára szeretnék rátérni. A fogalmat nyilván nekem is értenem és magyaráznom kell. Röviden csak a bűncselekmények kapcsán igazságügyi megfigyelésre, illetve esetleg hosszú távú bűnmegelőzés, olyan fokú veszélyesség kapcsán kezelésre szoruló betegekről van szó, ha jól tudom, professzor úrék külön jelentést készítettek ebben a tárgyban is, mert a probléma az, hogy ez eddig Magyarországon az IMEI, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyászati Intézetben történt, azt hiszem, így hívják most őket, ami a Kozma utca kötelékében van, tehát egy végrehajtási területen működik. De a Btk. európai uniós normák szerinti megváltoztatása következtében a jogszabály jelenleg 2010. május 1-jétől azt mutatja, hogy már ezek a beteg emberek nem maradhatnak ebben az intézményben, csak addig, ameddig az adott bűncselekmény büntetési tételének a maximuma szól. Korábban ez nem volt probléma. De ez azt jelenti, hogy akinek most lejár ez az idő, azt ebből az intézetből el kell bocsátani, és egyéb lehetőség híján ebben a pillanatban pszichiátriai osztályoknak kellene őt felvenni.

Ilyen típusú köz-, illetve önveszélyes szerencsétlen embertársaink menedzselése ebben a pillanatban megoldatlan. Az ember azt gondolná, hogy erre azért történtek lépések, hiszen ez egy égető probléma volt, most már tudottan ezelőtt egy évvel, két évvel is. Azt tapasztaltuk, hogy akkor nem került bele a 2010. évi költségvetésbe ez a forrás, nem szerepel benne. Azt a riasztó jelzést kaptuk, hogy gyakorlatilag utólag az egyik operatív programból, a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program 2.2.4.-es struktúraváltásból lehetett volna erre a célra forrásokat felszabadítani. Ez nem történt meg. Tehát gyakorlatilag az új vezetés most ezzel a helyzettel áll szemben, hogy egy igen jelentős, 1-2 milliárd forint közötti beruházási volument kell valahogy előteremteni.

Ennek a háttéréhez hadd mondjam el azt, hogy szintén az átadás-átvétel kapcsán váltak érdekes számok nyilvánvalóvá. Persze, ezek publikus számok lényegében. Az egészségügyi fejlesztési célokra szolgáló 6 éves 453 milliárd forintból gyakorlatilag 378-379 milliárd forintnak megtörtént már 2010 májusáig a meghirdetése, ezért az új ágazatnak az időszak maradék 3 évére összesen nem egészen 74 milliárd forint maradt játéktérként. És a 2010. évben már csak annyit tudunk tenni, úgy néz ki, tegnap délután hosszan foglalkoztunk ezzel a kérdéssel, hogy körülbelül 30 milliárd forint értékben van mód esetleg valamilyen sürgős beavatkozásra, mondjuk hogy például forrást csoportosítsunk át ilyen akut kérdések megoldására.

A szomorú az, hogy a három nagy programban, a Regionális Operatív Programokban az elköltés vagy a hirdetés mértéke már 67,5 százalék, több mint kétharmados félidőben, a TIOP, tehát az infrastruktúra-építési – ha szabad így mondani – program kapcsán 79-80 százalékos jelenleg a meghirdetés mértéke, viszont a területet leginkább érintő TÁMOP, tehát Társadalmi Megújulás Operatív Programban viszont csak 21 százalékos a lekötés mértéke. Ez jelzi a problémát. Ezen a területen nagyon rosszul, úgy tűnik, hogy nem szerencsésen lettek meghirdetve a projektek, kis 10 milliós forrásokkal lehetett csak pályázni és nem lettek lekötve. Ez veszélyes, mert ha előbb-utóbb nem kötődnek le ezek az összegek, akkor ezek elvonódhatnak vagy egyéb probléma állhat fenn.

Azt csak jelzem, hogy tudomásom szerint az NFÜ munkatársai arról tájékoztattak minket, hogy ők azért próbáltak a pszichiátriáért harcolni, mert gyakorlatilag a pszichiátria szó igen ritkán fordul elő az operatív programokban és az akciótervekben, egy-két helyen említődik csak meg, tehát úgy tűnik, gyakorlatilag utólag kell beemelni ezeket a célokat valahogy a rendszerbe.

Az 5. pont, amit meg kell említeni, ami szintén a jelentés óta vált a magyar közmédiában hangsúlyossá, a kriminalizmus összefüggése. A pszichiátriában azok a szerencsétlen esetek, amelyek az elmúlt tavasszal történtek, szintén ráirányították a társadalom figyelmét erre a problémára. Nyilván itt a szakmai összefüggéseket alaposan át kell tárgyalni, de mondjuk ez azóta vált ilyen izgalmassá és még jobban emeli a forenzikus pszichiátria problémáját.

És említsük meg azt a 6. pontban tárgyalt kérdést, hogy jelenleg azért az új ágazatra vagy a tárcára szakadtak az ingatlankérdések, az OPNI ingatlankérdése, mint olyan. Említsük meg a Tündérhegyi pszichiátria omladozó épületét, amely szintén megoldást kíván. Ha jól tudom, valamilyen per is folyamatban van jelenleg is az OPNI-ügy kapcsán, az ott működő diagnosztika egy volumen kapcsán peres eljárást folytat jelenleg az ágazat ellen.

Végül a 7. pontban, ahogy említettem, egy súlyos probléma az, hogy nem történt meg a puffer-rendszer kialakítása, a szociális ellátás nem tudta felszívni ezeket a betegeket, sőt mint tudjuk, a 4 órás ápolási igény bevezetésével még nehezebbé vált a bejutás a szociális intézményekbe. Tehát még jobban megnehezedett ezeknek a nehéz sorsú embereknek a lehetősége abban a tárgyban, hogy az 1993. évi III. törvény lehetőségei mentén szociális elhelyezést kapjanak.

Tehát ebben a helyzetben próbálom meg – áttérve a harmadik részre – azokat az akciópontokat összefoglalni, amelyek a minisztériumi felkészülés során megfogalmazódtak, amelyek nyilván abszolút kötődnek a kormányprogramhoz, a nemzeti együttműködés programjához. Az 1. pontban, pontosan ebből fakadóan úgy érezzük, hogy nagyon fontos az, hogy ezt a programot a szakmára levetítsük, és ha jól értem, egy konszenzus van abban, hogy a lelki egészség országos program kormányprogramként való beemelése és operacionalizálása egy nagyon fontos feladat lenne.

Csak jelzésképpen: amikor megpróbáltam az anyagot megszerezni, a minisztérium honlapjára mentem fel, egy 2008 őszi tervezet olvasható még csak e tárgyban. Erre létrehoztak egy programtanácsot, úgy tudom, amely programtanács mindössze egyszer ülésezett azóta, 2009 óta, de ez azt tükrözi, hogy operacionalizálás nem történt e tekintetben, ezt azonnal meg kell tenni. Ennek vagy egy alkoholológia melléklete, ami úgy gondolom, hogy szintén igen fontos volna ezen a területen.

Egy kérdésem volna a jelenlévőkhöz, hiszen ennek egy következő folyamánya az alkohol, tehát a nemzeti drogstratégia kérdése, ahol jól tudom, hogy tavaly decemberben maga a szavazás sem volt egyértelmű, hiszen a 198 igen mellett egy markáns 146 nem szavazat és néhány tartózkodás hangzott el, ami azért számunkra azt jelzi, hogy itt további konszenzuseresésre van szükség ezen a területen. Ebben szintén kérnék a jelenlévőktől tanácsot és segítséget abban, hogy hol kell ebben módosítani, jelenleg mi az álláspont e tekintetben, drogstratégia ügyben. A büntetőjogi kérdések oldása vagy erősítése, de a szövegben szerepel a legális szerhasználat, például ezt én magam is láttam benne, ezek a kérdéseink, hogy ebben kérünk mi is segítséget és tanácsot, hogy a drogstratégia tekintetében hogyan gondolkodjunk.

A harmadik elemként azt emelném ki, innentől kezdve építve lefelé a folyamatot, hogy a pszichiátriai, az alkoholológiai, az addiktológiai problémákat népbetegségeként kell tekinteni, azt gondolom, a gyermekek területén a 15,6 százalékos érintettséget egyértelműen népbetegségnek nevezhetjük. Ezt azért hangsúlyozom most, mert az a jelenlegi vezetés elgondolása, hogy amikor országos intézetekről beszélünk a jövőben, akkor a szempont az legyen, hogy melyek azok a feladatok, amelyek népegészségügyi, népbetegségek szempontjából jelentősek. Tehát azt gondolom, egyértelmű az elkötelezettség arra nézve, hogy valamilyen módon újra kell szervezni a szakma országos centrumát, nagyon át kell gondolni ennek a formáját. Az tűnik egyértelműnek, hogy a pszichiátria mellett az alkoholológiát és az addiktológiát kell ebbe bevonni, tehát nemcsak módszertani, hanem az

említett egészen speciális területeket bevonva, egy új központot kell létrehozni. De még egyszer: nem a reváns mentén, nem valamiféle dafke mentén, hanem egy világos, népegészségügyi prioritási rendszer mentén. Ennek mentén persze más intézetek kapcsán pedig el kell gondolkodni, hogy adott esetben mi az, amit indokolt fenntartani, és mi az, amit nem.

A negyedik elem, amit ki szeretnék emelni, a prevenció jelentősége. Elnök úr az előbb már utalt ebben az anyagban arra, hogy az új lehetőség, ami már 2006-ban is megfogalmazódott, hogy a humán erőforrások egy helyre tömörüljenek, ez egy hihetetlenül nagy lehetőség, minden technikai problémájával együtt most ebben a pillanatban. Jelzem azt, hogy a múlt héten pénteken volt először olyan tárcaértekezlet, amelyen az összes helyettes államtitkár ott volt, és mi kezdeményeztük azt azonnal, hogy az integrációs témák mentén alakuljanak meg a munkacsoportok. Pénteken lesz a következő ülésünk, már folyik az egyeztetés úgy a szociális, mint az oktatási – döntően ők érintettek – ágazattal a tekintetben, hogy alakuljanak meg a közös bizottságok. Említhetnék egy jó pár témát, a pszichiátria mellett például a közgyógyellátás kérdését, említhetném, ami fontos lehet, a szociális, egészségügyi, fekvőbeteg-ellátás kérdését is.

Abszolút egyetértek elnök úrnak az előbbi mondataival a tekintetben, hogy az egészségnevelés, a prevenció szerepe a gyermeki 16 százalékos érintettség kapcsán alapvetően jelentős. Egy érdekes projektet szeretnék említeni, a lelki segélyszolgálatokról mindannyian tudunk. Az egyik jelentős projektje a tárca népegészségügyi főosztályának az, hogy a lelki segélytelefon egy automatikusan hívható, európai mobilról is hívható számmá változzon. Tehát azt az életszerűtlen helyzetet, hogy az öngyilkosságra készülő gyermek, felnőtt az utcán telefonfülkét keresgéljen, és onnan telefonáljon, próbálunk menedzselni és sokkal hatékonyabbá tenni egy rendszert, egy univerzális, mindenhol hívható szám kialakításával próbálunk egy ilyen prevenciósi lehetőséget is megteremteni.

Azt gondolom, az ötödik jelentős elv a további lépésekben az, hogy az eddigi intézmény- és ágycentrikus gondolkodás helyett egy epidemiológiai, monitorozásra épült kapacitásfejlesztés lenne tervben. Ennek tekintetében megint tegnap történtek érdemi lépések, az Egészségügyi Menedzserképző Központban volt tegnap egy ülés, ahol 42 terület képviselői gyűltek össze, pontosabban 42 területen döntöttek amellett, hogy olyan indikátorrendszert dolgoznak ki, amelynek mentén a minisztérium egyik háttérintézménye feltehetően folyamatosan monitorozni fogja a megbetegedési, halálozási arányokat, és ezzel a fent említett, például ilyen területi különbségekre már egy számszerű jelzést tud adni folyamatosan. Ezen belül megszámloltam: a 42 területen belül 6 érinti a pszichiátria, az addiktológia, az alkohol területét. Tehát azt kérem szintén a jelen lévő szakmabeliektől, hogy ha egyetértenek ezzel, akkor csatlakozzanak ehhez és segítsenek abban, hogy ez a fajta monitorrendszer a kapacitástervezés érdekében beinduljon.

Akkor ebből következik az, hogy reményeink szerint nem egy presztízs- és intézménycentrikus, hanem egy szükséglet- és funkcióalapú kapacitástervezésre van lehetőség. Ebben egy kicsit akadályoz minket ez az említett helyzet, hogy a fejlesztési források beszűkülése kérdéses.

A forenzikus pszichiátria megoldása azt gondolom, egyértelműen megoldandó feladat, ezen belül egy eltökéltsége a vezetésnek az, hogy valamilyen módon megpróbál differenciálni, például a hátrányos helyzet menedzselésében. Tehát az alapellátás, szakellátás területére a súlyosan szociális és az érintett területeken extra szorzók segítségével megpróbálja elérni, hogy megmaradjon ott a munkaerő és megmaradjon az ellátás, és ezek a különbségek a fővárosban is igazak, és országosan is.

Egyértelműen azt gondoljuk, hogy azt a dogmát is át kell lépni innentől kezdve, hogy az egészségügyi, szociális intézmény nem működhet egy területen. Tehát azt gondoljuk, hogy minden további nélkül ebbe az irányba kell előremenni, ha szükséges adott esetben a

kapacitásokat kölcsönösen konvertálni, egy helyen működtetni, ezt nem szabad tovább halasztani, az OPNI esete ilyen szempontból egy kirívóan problémás eset.

Hadd említsem meg a rehabilitációt. Ez egy nagyon elhanyagolt területe a magyar egészségügyi ellátórendszernek. Jellemző módon gyakorlatilag egy tanszéke van mindössze, Debrecenben, és egy fél Budapesten, éppen a Pszichiátriai Klinika alatt, ha jól tudom, tanszéki csoportként működik egy megfordult helyzetben. Nem szerepel az egyetemi kurrikulumban a rehabilitáció, ezt mindenképpen orvosolni kell, mert a fiatal kollégák és a rendszer figyelmét erre a területre rá kell irányítani a graduális képzés szintjén, és sokkal aktívabban, mint eddig.

Nagyon fontos jelzése volt a szakmának, és nemcsak itt, ezen a területen, ez a normatív 3+5 napos értelmetlen küszöb végiggondolása. Valószínűleg ebben nagyon sürgősen lépni kell, mert ez sok szempontból akadályozza a hatékony és időben történő rehabilitációs átvételt.

A 8. pont, amiről ritkán beszélünk, úgy érzem, az a reintegráció. Tehát az, amikor az aktív ellátás után a rehabilitáció megtörténik, relatíve jó eredménnyel, a jó eredmény, ha egy addikt beteget, egy alkoholbeteget el tudunk választani a szertől, de nincs hová küldeni. Ez a rendszer tragédiája, beszélgettem ellátókkal, ezért csak 20-30 százalékosak az eredmények, a siker, mert ugyanabba a közegbe kerül vissza, ugyanabba a budapesti lumpen vagy egyéb vidéki szerencsétlen helyzetbe, ahonnan jött. Tehát nagyon fontos volna ezt is menedzselni, hogy az egész ellátás értelmessé, kerek egészé váljon és javuljanak ezek az arányok, a reintegráció. Ebben azt gondolom, abszolút számítanunk kell és törekednünk kell a civil szervezetek és az egyházak bevonására.

Az egyházakat hadd emeljem ki olyan szempontból, mint olyan szervezetek, amelyek egész magyarországi lefedettséggel rendelkeznek, és számos motivált személlyel a tekintetben, akik ezen a területen dolgoznának, de azt gondolom, sokkal bátrabban kellene a segítségüket kérnünk abban, hogy egy addikt alkoholbeteg akut gyógyulása utáni fázisban egy albérlet, egy munkahelyszerzés és egy őrzés-védés megoldásával a reintegrációban, a társadalomba való visszatérésben segítsenek.

A 9. pontban emelem ki a humán erőforrás kérdését. Két terület izgalmas itt, és nyilván nemcsak a pszichiátria összefüggésében, a rezidens, vagy pontosabban most már a szakorvosjelöltek kérdése, ahol gyakorlatilag azt mondhatom, hogy szintén a tárgyalások igen előrehaladott stádiumban vannak a tekintetben, hogy az akut lépéseket megtegyük a mostani kritikus helyzetben. Már az előző minisztérium is lépett egyet a tekintetben, hogy hiányszakmákat emelt ki, köztük a pszichiátriát is, és a mindenkori diplomás minimálbér felével próbálta ezeket a fiatal kollégákat megtartani, de úgy tűnik, ez is kevés. Ehhez kell még az, hogy a rezidenskérdésben, a röghöz kötés kérdésében egy nagyon gyors - azt hiszem, augusztus 1-jétől már jelentkezniük kell a hallgatóknak - lépést tegyünk.

Ugyanígy megemlítendő a nővérkompetencia kérdése, amelyik súlyosan borzolta itt a szakdolgozók idegeit, nem biztos, hogy indokoltan. Ennek kapcsán viszont kiderült az, hogy gyakorlatilag a kompetencia kérdése, mint olyan, rettentően kérdéses. Tehát mit várunk tulajdonképpen egy végzett orvostól 6 év után, mit várunk el egy szakdolgozótól 3 év után, mik azok a kompetenciák, amelyekre képes, ha nem képes rá, akkor mire képezzük tovább? Tehát számos ilyen dolog derült ki csak az egészségügyben. De a keveredés abból áll, hogy szociális intézményekben dolgoznak egészségügyi munkatársak és fordítva, egészségügyi intézményben szociális munkatársak, kompetencia kérdése, hogy lehet-e infúziót adni az egyikben, a másikban, tehát a képzés, továbbképzés kérdése. Tehát itt derül ki megint egy súlyos, azonnal megoldandó feladat a humán erőforrás tekintetében, hogy ezeket a nagyon nehéz munkát végző kollégákat a lehető legoptimálisabb helyzetbe juttassuk. Köszönöm szépen.



ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérem dr. Szabó Mátét, az állampolgári jogok országgyűlési biztosát, ombudsman urat, hogy ha megtenné, hogy a bizottság számára röviden összefoglalja folyamatában azokat a vizsgálatokat, amelyeket végeztek, nagyon mély szakmaiságú megállapításokat tettek a pszichiátriai betegellátás terén, meghallgatnánk most a véleményét, és akkor utána megnyitnám a vitát a bizottság tagjai számára.

### **Dr. Szabó Máté, az állampolgári jogok országgyűlési biztosának kiegészítése**

DR. SZABÓ MÁTÉ, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa: Köszönöm szépen a lehetőséget ebben a kitűnő bizottságban, amely a múlt évben is az egyetlen volt, amely elfogadta a jelentésünket. (*Derűlttség.*) Magas szakmaiság és szakmai konszenzus jellemezte és jellemzi nyilván továbbra is. Ez egy komoly előny az egyébként gyenge magyar parlamenti bizottsági rendszerrel szemben, ami egy politológiai közhely, tehát nem én találtam ki, ez minden tankönyvben benne van, hogy gyenge bizottsági rendszer van. Ez egy erős bizottság volt, mióta én megismertem.

Ami az OPNI esetét illeti, az egy iskolapéldája egy olyan döntési folyamatnak, aminek nem szabadna történnie. Tehát amikor is egy ilyen komplex szolgáltatást – mondjuk így – nyújtó intézményt egy tollvonással, és mondjuk esetleg a közvetlen átadás-átvételnek valamilyen adminisztratív minimumának a biztosításával úgy szüntetik meg, hogy ennek a következményeire a választ két miniszterrel a döntéshozó miniszter után gondolják ki, tehát konkrétan Székely miniszter úr alatt volt az a bizonyos, ön által kritikusan értékelt program, ami a funkciók elosztását tartalmazta. Tehát kettő miniszterrel a döntéshozó miniszter után alakult ki egy olyan program, amit nem hajtottak végre, ami problémásan indult. Akkor Székely úr meghívott minket a szakértőivel, és előadta ezt a koncepciót, amiről nekem, mint nem szakmabelinek is az volt a benyomásom, hogy nagyon szépen hangzik, és sok-sok ilyen nagy programév van benne, de lássuk meg a gyakorlatát is. Tulajdonképpen akkor erre irányult a mi utóvizsgálatunk.

Az OPNI-döntéssel kapcsolatosan a véleményemet személyesen is, írásban is kifejtettem, Molnár úr valóban polémiára kényszerített nyilvánosan is, szóban is és írásban is, és az utóvizsgálat is arra irányult és azt állapította meg – ön, mint szakember is említette -, hogy sajnos, ezeket a funkciókat nem sikerült, még a később kialakult jóakarattal vagy koncepcióval sem pótolni. Általában az ombudsmani munkában, mint börtönök, mint oktatás és sorolhatnám még a zárt intézmények sorát, az a benyomásunk támadt, hogy a magyar társadalom mentális állapota nagyon rossz és tulajdonképpen romlik. Egyébként ez nem új dolog, tehát ezt a szakma már a múlt évszázadban is bőven megállapította.

Az az elképzelés, ami az OPNI ilyen módon való felszámolása mögött állt, tehát a liezon pszichiátria, amit integrálunk az általános mondjuk ellátórendszerbe, és nem nagy intézményre építünk, ez szakmailag akár lehet helyes is. Ez nyilván az ombudsmannak nem feladata, nem lehetősége megítélni azt, hogy a pszichiátria megszervezésének melyik módja a legjobb szakmailag ma vagy tegnap Magyarországon. Azonban ennek a saját úgymond koncepciónak sem tett eleget az OPNI felosztásának a következményeivel foglalkozó cselekvéscsomag. Tehát lehet, hogy ezt így indokként használták, de ezt következetesen nem hajtották végre, nem is történt erre igazából komoly kísérlet.

Tehát sajnos, ennyit az OPNI-ről, amiről elég sokat írtunk.

A másik nagy pont az IMEI vagy a forenzikus pszichiátria. A jelenlegi büntetés-végrehajtási vezető orvosnő, akinek a nevét sajnos, nem tudom, de azt hiszem, dandártábornok, nálunk egy műhelybeszélgetésen világosan elmondta, ő maga rögzítve, hogy az IMEI az ország szégyenfoltja, és ezt évtizedek óta mindenki tudja, leírják nemzetközi szervezetek, már maga a büntetés-végrehajtás is. Tehát az az intézmény abban az infrastruktúrában, abban a finanszírozásban, személyi állományban botrányos nemzetközileg és Magyarországon belül is. Ezt mindenki tudja, az ott dolgozók és a kívül dolgozók is, ennek

dacára nem történt lényegében semmi ennek a botrányos helyzetnek az orvoslására. A büntetés-végrehajtás vezetői azt mondják, hogy ők természetesen készek lennének minden megoldásra, de erre pénz, pénz és pénz kell, amit pedig nekik soha, senki nem adott.

Azt hiszem, nem kell felhívnom a figyelmet arra, hogy például az öngyilkossági megfigyelés a BV-n belül és hasonló, ha ilyen helyen zajlik, az egy végtelen elhanyagolás, és itt az adatok sajnos, magukért beszélnek.

Én nagyon üdvözlöm azt a szemléletmódot, amit itt hallottam a helyettes államtitkár úr beszámolójából, tehát hogy a humán erőforrás, mint egész holisztikus megközelítés, „mens sana in corpore sano”, nagyon helyes, oktatás, szociális munka, egészségügy, ennek egységesen, együtt koordináltan kell működni azért, hogy egy korábbi nagyon rossz döntésnek a következményeivel reaktívan foglalkozzanak, és proaktívan pedig nyilván a prevenció a feladat. Valóban a hívószámmal más vonatkozásban mi is foglalkoztunk, ezeket a dolgokat az ember azt hinné, hogy gyorsan és könnyen rendbe tették már többször. Nem ez a helyzet.

Nagyon alarmírozó a gyermekpszichiátria problémája, hiszen azok, akiknek ma ilyen problémáik vannak, azok a holnap felnőttjei és a holnap társadalma. Tehát a proaktív és preventív szemléletnek itt helye van.

Lehet, hogy én félreértettem egy kicsit, vagy a saját értelmezésem játszik bele a szavaidba, hogy a szociális elemnek és a rászorultsági elemnek a hangsúlyozása helyes nyilvánvalóan, persze. Akik gazdagok, azok elvileg meg is fizethetik a pszichiátriai és a pszichológiai ellátást, mint teszik ezt az Egyesült Államokban, ahol egy olyan rendszer van, hogy az embereknek úgy van saját pszichológusa, mint fogorvosa, és a pénzének megfelelően van.

Mi egy ilyen európai jóléti társadalom vagyunk, és az elitben és a középosztályban is azt hiszem, hogy ezek az ilyen posztmaterális igényekre fordított összegek bizony, nem fordítódnak oda. Akut esetek pedig bizony, lehetnek a középosztályi területen is, nem akarnék itt híres, ismert bűnesetekre az utóbbi időben hivatkozni. Tehát én egyetértek azzal, amit ön mondott, hogy a leginkább rászorultaknak a mentális helyzetére koncentrálódjon mondjuk a mentés programja, de sajnos, a súlyos fenyegetettség nem korlátozódik – hogy úgy mondjam – a középosztály alatti társadalmi rétegre, csoportokra. Én egyetértek még azzal is, hogy az egyházak, mint tradicionálisan az emberiség történetében mindig is a lelki igényekkel, szükségletekkel foglalkozó intézmények és ma is megvannak, nemcsak a keresztény, hanem a többi is a világon, és teszik ezt. Tehát a maguk eszközeivel igenis, legyenek bekapcsolhatók a prevenció munkába, mind az addiktológia, mind a drogstratégia területén.

Tehát a magam részéről azt gondolom, hogy ezzel a diagnózissal, azzal a keménységgel, ahogy ön ezt itt a bizottság elé tárta, szembe kell nézni, le kell vonni a mulasztás következményeit, és tenni valamit ellene, és valóban előre mutató programokat megfogalmazni. Ezek ne olyan programok legyenek, amely programok szépen rövidített neveinek a sokaságát sorolták fel akkor, azon a bizottsági ülésen nekem, hanem olyanok, amelyek a realitásban gyökereznek és végrehajtják őket. Reméljük, hogy hosszabb távon lesz majd nekik hatásuk, mert ezeket a dolgokat rövid távon mérni nem lehet, mindig azt mondták, hogy mondjuk meg, hogy hány beteg és hol van ellátatlanul az országban.

Ez nagyon nehéz, de érezhető volt ez a nyomás más intézményekre, és sajnos, ezzel a súlyos örökséggel szembe kell nézni, még akkor is és annak is, aki azt mondja, hogy a hagyományos típusú diliház nagy egysége ne legyen meg a XXI. században. Akkor annak egy alternatívát kellett volna nyújtani azonnal, hogy mi történik azokkal a betegekkel. Ha ez nem történt meg, akkor pedig sajnos, ezek az úgymond reformelképzelések szerintem a nagy nyilvánosság előtt meglehetősen diszkvalifikálódtak, még akkor is, ha a szakmai tartalmukkal nem sokan tudnak foglalkozni. Köszönöm szépen a figyelmüket, és ehhez a nagy munkához minden jót kívánok.

ELNÖK: Köszönöm szépen Szabó Máté ombudsman úrnak a megjegyzéseit. Akkor megnyitom a vitát. Kérdezem a bizottság tagjait, ki kíván szólni. Nagy Kálmán képviselő úr, utána Iván László képviselő úr!

### **Kérdések, hozzászólások**

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Köszönöm szépen a lehetőséget, hogy hozzászólhatok, és örülök annak, hogy ezt a kérdést egyik elsőként tűzte napirendre a bizottság. Néhány olyan dologra szeretném felhívni a figyelmet, amelyet már hosszabb idő óta tapasztalunk, azonban ezek a helyzetek egyre rosszabb tendenciákat mutatva, folyamatosan romlanak.

Az egyik az úgynevezett agresszív pszichiátriai esetek ellátása, amelyeket még a választásokat megelőzően a rendőrség jelzett számomra. Egyszerűen nem tudnak mit kezdeni azokkal az esetekkel, amelyek pszichiátriai esetek, akik agresszív bűncselekményeket követnek el. Néhány napos ápolás után általában kiengedik őket a pszichiátriai osztályokról, és gyakorlatilag a társadalom nem tud, nem képez semmiféle védőhálót körülöttük, hogy megoldja azokat a problémákat, és nemcsak körülöttük, hanem akit az agresszió ér, azok köré sem tud védőhálót vonni. Tehát én ezeknek a magas biztonságú osztályoknak a kialakítását nyilvánvalóan megfelelő kontroll mellett messzemenően támogatom.

A másik dolog a gyermekpszichiátriának, mint rendszernek az újragondolása. A gyermekpszichiátria a legtagoltabb rendszer. Gyakorlatilag a szakmai irányítása praktikusban teljes mértékben megszűnt. Egy olyanfajta szituáció állt elő, hosszú időn keresztül különböző helyzetek voltak, például ifjúsági osztályok alakultak a gyermekosztályok mellett, a 14-18 éves gyerekek ellátására. Kérdéses ezeknek az ifjúsági osztályoknak a léte, de ugyanakkor fel kell hívnom a figyelmet arra, hogy a gyermekpszichiátriai betegségek egy jelentős része, amelyeket a gyermekneurológiai rendelések nem látnak el, azok organikus pszichiátriai betegségek. Magyarországon nincsen olyan ellátórendszer, amelyik az organikus pszichiátriai gyermekbetegeket fel tudná venni. Nincs valódi progresszív ellátás. A szakmai ellátás teljes hiányával állunk szemben. A rendelések száma csökken, a gyermekpszichiáterek képzésének a száma egyértelműen elhanyagolt. A gyermekpszichiáterek száma nagyon jelentősen lecsökkent, gyakorlatilag az ellátásra képtelenek, és egy olyan egészségügyi bizottsági szintű vizsgálatra is szükség van, ahol az Egészségügyi bizottság – és ezt javaslom elnök úrnak – egy személyes látogatást tenne egy ma működő pszichiátriai osztályon, ahol meg tudunk győződni arról, hogy a jelenlegi feltételek mellett az organikus pszichiátriai betegek fekvőbeteg-ellátási körülmények között hogyan vannak ellátva. Mert a legutóbbi időkhöz, amikor mi az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben voltunk, akkor már egy széteszlóban lévő intézményt láttunk. Egy aktív, működő pszichiátriai intézményt nem láttunk Magyarországon, tehát itt olyan jellegű problémák vannak, amelyekből kiindulva az oktatástól, a továbbképzéstől, a rendszer kialakításától, a rendszer struktúrájának a működtetésétől és annak az ellenőrzéséig gyakorlatilag minden egyes lépésben hiányok mutatkoznak. Nagyon szépen köszönöm, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Iván László képviselő úr! Kérem a tisztelt képviselőket, hogy röviden és lényegre törően fogalmazzák meg a mondanivalójukat, hogy tudjunk helyet hagyni a szakértőknek is, hiszen úgy tűnik nekünk, hogy a pszichiátriai szakma összefogott és egységes elvárásokat, szakmai elvárásokat fogalmazott meg a saját számára és a tárca számára. Jó lenne, ha ezekről is hallanánk, jutna rá idő. Köszönöm szépen.

Iván László képviselő úr a szó!

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Nem véletlenül mondta elnök úr, hogy nagyon röviden, mert általában figyelmeztetni szokott, hogy most már elég. *(Derűltség.)* Nem így mondja, de rám néz.

Szeretettel köszöntöm a megjelent kollégákat és a szakértőket is. Meg kell mondanom, hogy minél hosszabban élünk, annál inkább a mindennapi történelmünk személyes tanúi is vagyunk. Ha még szakmákban is dolgozunk, akkor pedig különösen.

53 éve látom, sőt medikus koromban is láttam, az, ami a pszichiátriában világviszonylatban arrodálódott, az végbement minden országban, így Magyarországon is a maga sajátos helyzetében és a maga sajátos feltételei között. Végbement a dezintegrálódás, végbement a minősítések problémája, és végbement mindaz, ahol a szakmán belüli és a szakmák közötti dezintegrálódás folyamatosan, kifejezetten súlyosbodott. Ez az utóbbi időben felgyorsult. Ennek a felgyorsulásnak az alapja az volt, hogy az a rendszerszemléletű rendszergyakorlat egyszerűen képtelen volt megvalósulni, és a szakmákon belüli és a szakmák közötti koordináció, kooperáció egyszerűen kis csoportokra, kis szigetekre tevődött át, és ezek között nem volt megfelelő szemlélet és gyakorlat sem.

A legfontosabb problémák közé tartozott az, hogy máig és most sem hallatszott itt, hogy gyakorlatilag például a gyermekpszichiátriának a megfelelő helye, de emellett a geriátriáról a gerontopszichiátriára fordítandó figyelem messze elkerülte a hatóságoknak, az úgynevezett hatalomnak mindenféle szintjét. Megpróbálkoztunk számtalanszor, a gerontopszichiátria képzése, szakképzése, továbbképzése nyögvenyelősen ugyan elindult, de magának az alkalmazása, a már meglévőknek, egyszerűen az intézmények struktúrájából, az intézmények rendszeréből kiesett, hatástalanná vált az a képzés, amit csináltak.

A másik dolog, hogy régóta mondjuk és mondtuk azt, hogy a szociális és egészségügyi, egymással szoros kapcsolatban lévő alkalmazásnak és szemléletnek minden szinten, akár az akut ellátásban, akár a preventivitásban, akár a rehabilitációban meg kell jelennie. Sajnos, volt olyan államtitkár, közigazgatási államtitkár, aki annak idején azt mondta, hogy ez egy badarság és nem is lehet erről beszélni.

Azt is szeretném még hangsúlyozni, hogy a minősítési rendszerekben eljutottunk oda, hogy vannak persze szakorvosaink, a szakorvosi minősítéseink zajlanak, egészen magas szintű kollégák, szakmailag képzett, tapasztalt kollégák végzik, azonban egyvalamit kevésbé veszünk figyelembe: az alkalmasságot. Tehát van egy szakképesítés, a szakképesítés magas szintű lehet, személyre szabottan, különbözőséggel, de az alkalmassága, szakmailag a kiválasztása azoknak az embereknek, akik egy-egy intézményben vezető pozícióba kerülnek, ez alig-alig megy végbe, legfeljebb az előző minősítéseknél ilyen formális dolgok történnek, de hogy ki alkalmas arra, ez nem valósul meg. Ez tehát egy nagyon fontos dolog.

A másik a pszichológusok. Most néhány levelet is kaptam, a Pszichológiai Szakmai Kollégium működésére vonatkozó kérdéseket teszik fel. A klinikai pszichológusoknak is megvan a státusza, megvan a pszichológusoknak egyáltalán a megbecsültsége, de a dezintegrálódás, a pszichológiai szemléletek és gyakorlatok rendkívüli divergálása jelenleg is problémát jelent.

Talán még azt szeretném kifejezni, hogy tudom nagyon jól, hogy mennyire fontos a stroke kérdése Magyarországon. Országos kollégám, volt orvosom volt annak idején Nagy Zoltán, sokat is beszélünk, és óriási, amit ő tett, a Lipótra deportálták, nyilvánvalóan ez egy műhiba volt. De azon túlmenően: nemcsak stroke-ból áll a budai kérdés, nemcsak stroke-ból áll a pszichiátria, hanem egyéb organikus pszicho-szindróma kérdésekkel, pszichés zavarokkal kell számolni, ezért rendkívül fontos ezt az egész kérdést felülvizsgálni.

A másik az igazságügyi pszichiátria. Nem tudom, hogy azok az igazságügyi pszichiáterek, akik szakképesítéssel rendelkeznek, úgy tudom, nagyon kevesen vagyunk, én magam az vagyok, és hosszan dolgoztam is ebben és oktattam, hol vannak az igazságügyi pszichiáterek? Nemcsak a büntető intézményekben, hanem egyáltalán a minősítésekben,

amikor egy perfolymatban az igazságügyi pszichiátria működése meghatározó, és elképesztő, hogy mennyire elhanyagolódott.

Nagyon fontosnak látom azt is, hogy nem beszélünk máig a pszichiátriával való visszaélés kérdéséről. Magyarországon, mint sok más úgynevezett diktatórikus szocialista országban a pszichiátriával való visszaélést egyszer a helyére kell igazítani, beszélni kell róla és le kell vagy zárni vagy fel kell vetni és ezt nemcsak oktatni, hanem ismertetni is kell.

Egy utolsó, rendkívül fontos gondolat, számomra legalábbis, a demens kérdés. A demens kérdés is és sok minden olyan, ami a személyiségzavarokhoz másképpen kapcsolódik, minősítési kérdés. Ha ma valaki a szívére meri tenni a kezét, szakember vagy nem szakember, azzal, hogy ő a rendelkezésre álló betegségek besorolása kézikönyv alapján meghatározóan, megfelelően és kikezdetlenül tud minősíteni, akkor én azt nagy dicséretben fogom részesíteni, és szeretném is látni. Nem megy. A minősítések alapján pedig a finanszírozás történik. A finanszírozás egy ilyen egyenirányított finanszírozássá, klisévé vált, a pszichiátriában ez külön tragédia, mert ez a klisézés rendkívül sok problémát okoz, egyrészt uniformizált, másrészt kihagyja a differenciálás lehetőségét.

És a privatizáció kérdése. Ma a pszichiátriában mi is tudjuk, látjuk, tapasztaljuk, a privatizáció kérdése is előtérbe kerül. Nem beszélve arról, hogy az úgynevezett privát intézményeknek vagy privát rendelőknek és a privát pszichiátriai ellátásoknak aztán végképp semmiféle szakmai felügyelete nincsen. Tehát azon kívül, amit elmondtam, hogy a rendszerzavar érvényesül mindenütt, mint ahogy az országban egyébként is, de ezeknek a kérdéseknek a pszichiátriában messze ható következményei lehetnek.

Nagyon szépen köszönöm, első menetben ennyit szerettem volna elmondani.

ELNÖK: Egy menet lesz. Köszönöm szépen. *(Derültség.)* Ez egy nagyon erős bizottság, sokféle szakképesítés, tehát a pszichiátriában különösen katedrálisan is minősíthető szakképzettség van jelen. Köszönjük szépen Iván László képviselő úrnak.

Kérdezem a képviselőtársaimat, ki kíván szólni. Kupper András a következő, és majd folytatjuk. Tessék!

DR. KUPPER ANDRÁS (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Mindenekelőtt szeretném megköszönni azt a kiváló tájékoztatást, amit helyettes államtitkár úr adott, nagyon sok megnyugtató választ kaptunk azokra a kérdésekre, amelyek foglalkoztatták a szakmát.

Szeretnék csatlakozni ahhoz, amit Iván László professzor úr mondott, a forenzikus és igazságügyi pszichiátria vonatkozásában. Tehát nagyon örülök annak a válasznak, hogy eltökélt a minisztérium abban, hogy ennek az intézményi háttérét megteremtse, azonban ami még szintén probléma – és erre utalt Iván László is -, a képzés. Ma az igazságügyi és forenzikus pszichiátriának nem megoldott a képzése, úgyhogy ebben mindenképpen valamilyen további lépéseket kell tenni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen Kupper képviselő úrnak. Szilágyi László képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Egy kérdésem lenne helyettes államtitkár úrhoz. Nagyon örülök, hogy említette a közösségi dimenziót talán kétszer is, a civil szervezetek és az egyházak szerepvállalását ebben az egész komplex folyamatban. A kérdés az, hogy hogyan lehetne ezt segíteni? Tehát van-e már erre valamiféle akcióterv, hiszen nagyon jó lenne, ha állami feladatokat tudnának átvállalni civil és egyházi szervezetek. Ehhez egy nagyon komoly endearment kell, egy nagyon komoly képzés kell, és valamiféle akkreditációs folyamat, nehogy belefussunk valami csúnya dologba. Ez lenne az egyik kérdés.

A másik pedig: itt említi ez az állásfoglalás is, és ön is utalt rá, ez a bizonyos LEGOP nevezetű anyag, nagyvonalakban volt csak alkalmam áttekinteni, mivel más területről érkeztem, nekem nagyon hiányzik belőle a szociálpszichológiai dimenzió. Tehát hajlamos ez az anyag is, mint ahogy minden magyar stratégia hajlamos arra, hogy infrastruktúrában, intézményrendszerben gondolkodjon csupán, közben itt egy nagyon mély kulturális probléma is van. Ha egy kicsit is hiszünk az ilyen nemzetkarakterológiában, akkor mi eléggé rosszkedvű népség vagyunk hagyományosan, tehát itt semmiképpen nem az előző kormányzati ciklus óta, hanem ennél sokkal mélyebben és kulturálisan gyökeredzik ez az egész. Mindig ilyen anómiáról lehet olvasni, hogy sokkal többet szeretnénk, mint amennyire nekünk lehetőségünk van, és ebbe mi belebetegszünk, és mindenféle rossz életvezetési mintákat követünk, nagyon rossz a stressztűrésünk, a mindennapi gyűrődést nagyon rosszul tűrjük és agresszívak vagyunk, stb.

Tehát egy mély kulturális probléma is van, túl azon, hogy nyilván önmagában is nagy falat a pszichiátriai ellátórendszer helyzetétele. De biztos, hogy kell foglalkoznunk ennek a szociálpszichológiai hátterével is. Ezzel kapcsolatban van-e már valami gondolkodás? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen Szilágyi László képviselő úrnak. Felhívom képviselőtársaim figyelmét, hogy mindenki számára az iroda szívesen rendelkezésre bocsátja az előbb idézett LEGOP-programot, ez a Lelki Egészség Országos Programja. Külön örülök, hogy van képviselő, aki elolvasta, hiszen 103 oldal és egy nagyon nehéz, fajsúlyos olvasmány. Tehát mindenkinek szívesen rendelkezésére bocsátjuk.

Dr. Kiss Sándor következik, utána Gyenes Géza képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Én gyakorló patikus vagyok, és azt kellett tapasztalnom az elmúlt 20 évben, hogy nagyon sokan jönnek be, egyre többen jönnek be a patikába nyugtatót kérni. Természetesen azt kell mondanom, hogy mit tudok ajánlani? Egy Valeriánát, ez van recept nélkül, vagy valami gyógyterméket, és mondom, hogy menjen el az orvoshoz. Akkor húzódik, nem akar menni, nagy nehezen elmegy a háziorvoshoz, és akkor ő majd felír egy Frontint vagy más, ilyen egyszerűbb dolgot.

Most nekem a következő kérdéseim lennének ezzel kapcsolatban. Az egyik, hogy most a betegekről beszéltünk, akik már pszichiátriai esetek. Milyen programot lehetne arra, hogy ne is jöjjenek be a patikába? Tehát hogy mi lenne az a megoldás, hogy ne is legyenek ők pszichiátriai betegek? Vagy ha már éppen csak egy Frontinért jönne be szegény ember, akkor ki foglalkozna velük, hogy ne kelljen neki bejönni azért a gyógyszerért?

Tehát itt csak azt hallottam, hogy tényleg csak a betegekkel foglalkozunk. De milyen program lenne azokra, akik még nem betegek, vagy éppen csak valami enyhe nyugtató kellene nekik? Tudom, hogy ez egy kicsit ilyen gyakorlatias megfogalmazás, de én ezt tapasztalom a patikában. Tehát mintha ezekre az emberekre nem lenne program, mintha csak azokról hallanánk, akik már tényleg esetek, hogy az ellátórendszer tönkrement, stb.,

Nekem az a meglátásom, hogy ezekből a még nem betegek közül lesznek majd a betegek, és ezekkel mintha nem nagyon foglalkoznánk. Azt tudni kell, hogy ezek igen nagy számban vannak. Természetesen nem várható el az Egészségügyi bizottságtól és itt körünkben arról, hogy erről a szociális, kulturális háttérről beszéljünk, de még egyszer azt kérném, hogy ezekkel a még nem betegekkel foglalkozzanak, tehát erre legyen valamilyen program, mert könnyű azt mondani, hogy menjen a háziorvoshoz, de tetszenek tudni, hogy milyen állapotok vannak a háziorvosnál, ha elmegy a háziorvoshoz, akkor még betegbb lesz. Tehát nekem csak ez lenne a kérdésem.

ELNÖK: Köszönjük szépen dr. Kiss Sándor képviselő úrnak. Dr. Gyenes Géza alelnök úr következik.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Tisztelt Bizottság! Tisztelt Vendégek! Ha megállapítjuk azt a tényt, hogy Magyarországon az egészségügy jelen pillanatban romokban hever, akkor azt hiszem, ez a pszichiátriára hatványozottan vonatkozik, körülbelül ezt láthatjuk.

Nincsen könnyű dolga a tárcának, nyilván ezt az egész területet ismét felépíteni és komplexitásában felépíteni, hiszen amit Kiss doktor kollégám firtatott, a prevenció kérdését többek között, az, hogy az egészségmegőrzés, a betegségmegelőzés, a gyógyítás-gondozás egy komplexitásba kerüljön, ez nemcsak az ágazat területére tartozik, hanem valóban egy multifunkcionális vagy több ágazatnak a problematikája lenne.

Nyilvánvaló, hogy itt is, ebben a kérdésben a pszichiátria, nem tudom, hogyan nevezem, egyezzünk meg, hogy azt a szót, hogy reform, nem használjuk, mert az embert ettől a szótól az elmúlt időszakban kirázta a hideg, mert itt semmi másról nem volt szó, minthogy elvonunk pénzt és ezt reformnak hívjuk, tehát inkább az egésznek az újjáépítése, újjáteremtése. Ezt természetesen az egész egészségügyre, valamennyi szakmára, valamennyi ágazatra, ellátási szintre vonatkoztatni kell. Éppen ezért a megoldásnak vannak bizonyos olyan alapjai, amit bármihez nyúlunk, akár a pszichiátriához, akár az alapellátáshoz, hasonló módon kell alkalmazni.

Nyilván az, hogy milyen az ország mentális, az emberek, az állampolgárok mentális állapota, ezt tényleg úgymond jó lenne felmérni, bár gondolom, vannak különböző adatok itt és ott, ezt valahogy mégiscsak össze kellene rakni, hiszen a felmért igények alapján lehet megállapítani azt a szükségletet, ami ezen a szakterületen egyáltalán van komplexitásában. Miután megállapítottuk a szükségletet, akkor lehet egyáltalán foglalkozni azzal, megtervezni azt, hogy ezt a szükségletet milyen intézményi rendszerrel próbáljuk kiszolgálni, milyen működési feltételeket kell biztosítani az intézményi rendszernek, beleértve a tárgyi, az eszköz, a humánerő kérdést, és a legfontosabbat, hogy ahhoz, hogy a működési feltételek mind biztosítottak legyenek, minden feltételhez szükséges anyagi részt odatenni, tehát a finanszírozás kérdése is.

Azt hiszem, szakítanunk kell a pszichiátriánál is azzal a szemlélettel, hogy költségvetési tervezést csinálunk, hanem funkcionális tervezésre kell áttérnünk nyilvánvalóan, amibe ez kerül. Hiszen bármelyik részéhez nyúlunk – és itt nagyon helyesen államtitkár úr is említette, és teljesen egyetérték vele -, humánerő-kérdésekhez nyúlunk, ott természetesen egyáltalán a pályát rendbe rakni, nemcsak a most aktívan dolgozók vagy éppen a pályát aktívan elhagyók vagy akik éppen erre készülnek, mert említette ön is, hogy sokan mentek Skandináviába stb. Gondoljuk el annak a pszichiáternek az elszántságát, akinek gyakorlatilag a szakmájához tökéletesen kommunikálni kell tudnia a beteggel, az elmegy Svédországba és megtanul svédül olyan szinten, hogy a beteget ott tökéletesen el tudja látni.

Ezek érdekes dolgok, de ha egy pszichiáter ilyen elhatározásra jut, az nem egyik napról a másikra történik. Még egyszer itt most felhozom, nehogy valaki azt mondja, hogy persze, mert az Orvosi Kamara intézte el, az Orvosi Kamara semmit nem intézett el, nem az Orvosi Kamara küldte el őket, az Orvosi Kamara legfeljebb azokat az információkat, mint uniós állampolgároknak megadta, hogy hol vannak olyan álláslehetőségek Magyarországon és az országon kívül, úgyhogy ne keverjük itt össze a szezont a fazonnal.

Tehát gyakorlatilag egy nagyon fontos dolgot említett, és ez minden ellátási szintre, az alapellátásra is vonatkozik, a pszichiátriára is és mindenhová, az egy betegre jutó tiszta orvosi időnek a kérdése. Ez is humánerő-kérdést érintő, mert ha én azt mondom, hogy az alapellátásban van egy szerencsétlen orvos és rá egy fél státuszú nővér, akkor az milyen team-munkában oldja meg az egy orvosra jutó tiszta betegidő növelését, hiszen ott a team-et

kell ahhoz bővíteni, hogy az orvos valóban csak a kompetenciájába tartozó kérdéssel foglalkozzon, és gondolom, ez ugyanúgy igaz a pszichiátriára is.

Jelzem, ha már Svédországot említettem, ott egy pszichiáternek átlagban naponta 2,5 beteget szabad explorálni. Tessék akkor most megkérdezni egy gondozóban dolgozó kollégát, hogy rá hány beteg jut. Akkor persze, hogy mi jut neki? Felírom a gyógyszert és megy a patikába kiváltani, semmiféle igazi szakmai tevékenység nem folyik.

Tehát ha ezeket az alaplépéseket elvégezzük, és a feltételeket meghatározzuk és finanszírozást is fogunk biztosítani a rendszer számára, akkor talán meg lehet oldani ezt a kérdést.

Természetesen az intézményi hálózat, amit szintén említett, hogy az is romokban hever, azt sem tudjuk pontosan, és az, hogy mi nem tudjuk, az is egy dolog, de a beteg sem tudja pontosan, hogy hová menjen, kihez forduljon. Tehát én is azt hiszem, hogy ez a tragikus romos állapot mindenféleképpen jellemző rá.

Első vagy második körben csak ennyit szeretnék most egyelőre mondani.

ELNÖK: Első körben. A következő hozzászóló dr. Szabó Tamás képviselő úr, utána Heintz Tamás képviselő úr, majd Kovács József képviselő úr!

DR. SZABÓ TAMÁS (Fidesz): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság és Vendégek! Én tulajdonképpen ezt a kérdést egy kicsit alulnézetből, egy területi kórházban dolgozó aspektusából szeretném megvilágítani. Lényegében nagyon sok minden elhangzott, mi a mindennapokban érezzük ezeknek a problémáknak a jelenlétét. Többek között például azt, hogy három ilyen területen dolgozó kollégánk közül két évvel ezelőtt a legfiatalabb, aki egyébként 50 év körüli volt, külföldre távozott, és a maradék két kollégám, 60-70 év közötti életkorban, tehát nyugdíjasként működik. Az egyiknek az egészségi állapota is olyan – és ezt megint azért mondom, mert nincs egyedül ebben a rendszerben, nemcsak a pszichiátria, hanem bármely más orvoslási terület esetében -, hogy igen komoly rábeszélés és a részéről mutatott komoly aktivitás okán maradt csak a rendszerben. Aztán a másik kollégánknál, aki egy vállalkozó jellegű formát választott, ott pedig természetesen a piaci árak és az óradíj és egyéb kérdések mentén alakultak ki problémák.

Természetesen ezt vállalnunk kellett ahhoz, hogy ezt az ellátást százezer ember számára ilyen módon biztosítani tudjuk. De csak olyan áron, hogy lényegében a Kjt. szerint díjazott egyéb dolgozóinkhoz képest dupla költséggel tudjuk ezt a szolgáltatást biztosítani.

Tehát ezek mind-mind olyan apró, de egyébként a rendszer működésére utaló jelek, amelyeket mindenképpen figyelembe kell venni az elkövetkező időben. Utánpótlásnak, besegítésnek nyomait nem látjuk, bármilyen aktivitással is próbálunk menni, de ugyanez vonatkozik a klinikai szakpszichológus ellátottságra is, tehát nemcsak kifejezetten orvosi problémáról van szó.

Egy másik kérdéskör, szintén még ugyanebből az alsó aspektusból, az az, hogy a betegutak menedzselése, tehát hogy hogyan tudunk továbblépni abból a keretből, amit mondjuk egy szakrendelés, illetve egy gondozás, már ha túl kell lépni, meg kell tenni. Ebben az esetben már a következő progresszivitási fok hasonló jellegű problémáival találkozunk, tehát ott is személyzet, kapacitás és egyéb problémákkal, amely teljesen természetes, hogy ők is próbálják valamilyen módon a maguk problémáját rendezni, és ennek az együtt megnyilvánulása, következménye az, hogy egy bizonyos fajta háritás és visszajuttatás, illetve a mi irányunkba történő fokozottabb nyomás valósul meg. Mondom még egyszer: a rendszernek ez nemcsak a szakmára jellemző, de ebben a szakmában is kifejezetten jellemző eleme.

Lenne egyetlenegy kérdésem a helyettes államtitkár úrhoz: amikor arról volt szó, hogy itt a struktúra-átalakítási programban, a TIOP 2.2.4.-ben felmerült és tulajdonképpen



valamilyen módon hiányát is érzik a pszichiátriai infrastruktúra-fejlesztés lehetőségének. Egyáltalán van-e olyan elképzelés, információim szerint ez most olyan 70-80 milliárdot érintő, már egy bizonyos fázisban döntés állapotába került pályázati erő, tehát ezt az összeget valamilyen módon újragondolni és az egészet új alapokra helyezve valamiféle, már a jövőre és mindenféle kívánatos strukturális átalakításokra gondolva, tehát valami módon megállítani, újragondolni és esetleg új szempontok szerint felosztani vagy megpályáztatni? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Heintz Tamás képviselő úr következik.

DR. HEINTZ TAMÁS (Fidesz): Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Két kérdésem lenne, és ehhez szeretném felolvasni a pszichiátriai szakma közös állásfoglalásából a 7. pontot, abból csak egy mondatot. „Bővíteni szükséges a szenvedélybeteg-ellátó intézményrendszer egészét is, az elfogadott nemzeti drogstratégia és a még elfogadásra váró alkoholpolitikai stratégia 2009 (tervezet) alapján.”

E mondat alapján a kérdésem az lenne, tisztelt helyettes államtitkár úrhoz, hogy tervezik-e a nemzeti drogstratégia átdolgozását, illetve az alkoholpolitikai stratégia megalkotását abban a tekintetben, hogy milyen viharokat váltottak ki az elmúlt esztendőben a már elfogadott drogstratégiának a körülményei, milyen sajtóvisszhangja volt akár itthon, akár külföldön, illetve hogy ez a program 2014-ig meghatározza a cselekvési programot, amelyet lehet, hogy másképp látnak vagy látunk.

Ezzel kapcsolatos a második kérdésem is, amely a primer prevencióra vonatkozik, és nyilván szorosan összefügg a drogstratégiával is, illetve általánosságban a pszichiátriai stratégiával is talán, hiszen a primer prevencióval tudnánk igazából megelőzni a bajt, amely igazából az egészségügy lenne, nem az úgynevezett betegügy, amiről mostanában általában szólnak. Ennek jó alapot jelenthetne a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, hiszen minisztériumokon átívelő és az ellátórendszereket is jobban átlátó, összefogó program alakulhatna így ki. A kérdésem tehát az, hogy a primer prevenció milyen szerepet kap konkrétan a pszichiátriai szakma jövőjében? Tervezik-e ezt, és ha igen, akkor milyen alapokra tekintve?

Végül egy megjegyzésem lenne, elsősorban dr. Gyenes Géza alelnök úr felé, illetve általában az Orvosi Kamara felé. Én is számos levelet kaptam az elmúlt, igen szikár 8 év alatt az Orvosi Kamara bélyegzőjével, ahol különféle álláshirdetésekre csábítottak el. Nyolc évvel ezelőtt még csak 43 éves voltam, mehettem volna nyugodtan, még nagy erővel is, nem is kellett volna nagyot lökni rajtam. Azt hiszem, hasonlóan sikerült kilökdösni az országból orvosok tucatjait, ugyanis egy dolog van: igaz, hogy a kamarától elvették a jogokat ez előtt három évvel, de az Orvosi Kamara az mégiscsak az Orvosi Kamara. Tehát ha én kapok orvosként egy levelet az Orvosi Kamarától, akkor azt komolyan veszem, nem úgy, mintha iksz, ipszilon toborzócégnak a levelét kapom meg Birminghamból vagy Sussex-ből vagy bárhonnan. Tehát azt hiszem, igenis, itt van egy bizonyos átgondolnivaló. Annál is inkább, mert amikor az ember az éves tagsági díjat befizeti, akkor hallja azokat a véleményeket, hogy azért fizessen évi 20 ezer forintot, hogy kapjak néhány állásajánlatot a kamarától?

Ezek átgondolandó lépések, annál is inkább, hiszen előttünk van reményeink szerint rövidesen a kamarai tagságról szóló törvény. És a megjegyzés után még egy kérdés, tisztelt helyettes államtitkár úrhoz, ez pedig az, hogy a klinikai pszichológusok tekintetében is vissza kívánjuk-e állítani a kötelező kamarai tagságot? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Gyenes Géza alelnök úr személyes megtámadtatás révén az ide nem tartozó kérdéshez szeretne néhány megjegyzést fűzni. Nem szeretném, ha most itt

vitát nyitnánk a kamarai szerepvállalásáról az orvosok elvándorlását illetően, de mivel szóba hoztad, Gyenes Gézáé a szó!

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Elnézést kérek, baj volt, hogy én is szóba hoztam, bár ez akkor is így marad, és a te hited az, hogy ez így történik. Ez akkor is így történik.

Tehát a levél okát milliószor elmondtuk: a Magyar Orvosi Kamara semmilyen cégnek, így állástborzással foglalkozó cégeknek sem ad ki címlistát, kutya kötelessége, hogy ezt ne adja ki, bűncselekményt követne el. Ezért, ha ilyen igény merül fel, akkor azért küldjük el kamarai borítékban, mert mi kiküldjük, mert mi tudjuk a címeket, és ezért küldjük ki, hogy lássák a kollégák, hogy nem adtuk ki senkinek sem a címét.

Az, hogy egy orvos elmegy-e külföldre vagy nem, az nem azért van, mert kapott egy ilyen levelet, mert aki eldöntötte, hogy ő el akar menni, mert nem tetszenek a viszonyok, az elmegy akkor is, ha mi semmiféle címet nem küldünk. Nem hiszem, hogy ez a kettő ilyen összefüggésben lenne, hogy az Orvosi Kamara a befizetett tagdíjért úgymond állást közvetítene. Egyszerűen ezeket az információkat, ami az orvosoknak szól gyakorlatilag, mint ahogy az, hogy milyen gyógyszert használunk, mert ezek is orvosoknak szóló információk, ott is kapunk időnként olyan információt, amire sokan azt mondják, hogy ezt mi a fenének kellett nekünk megkapni. Tehát ezt mi nem döntjük el, ezt rábizzuk a kollégára, és egyszerűen semmi mást nem teszünk, minthogy tájékoztatjuk a kollégákat olyan hírekről, információkról, amelyeknek alapján a döntését ő hozza meg. Úgyhogy mi ezért nem tudjuk elfogadni azt, hogy mi vagyunk okolhatók azért, hogy az orvosok elmennek. Azt hiszem, az egészségügy állapota, és ezen belül is a politikának a humán-erő-kérdést kezelő volta az elsődleges oka annak, hogy az orvosok elmennek Magyarországról külföldre. Nagyon sajnálom, hogy az ilyen szavak ma már, hogy hazafiság, meg hogy az ország képzett ki, ezeknek nincsen értéke, de ez nem az Orvosi Kamara miatt van szerintem.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Szeretném a tisztelt képviselőtársak figyelmét felhívni arra, hogy országgyűlési képviselőként, törvényhozóként ülnek az asztalnál, nem kamarai alelnökként, nem pszichiáter professzorként, tanszékvezetőként. Mindannyian különböző státuszokat töltünk be a civil életben, tanítunk egyetemeken, de itt országgyűlési képviselőként kell felszólalnunk, és kérem, hogy a továbbiakban is ezt tegyék, a folyosón aztán lehet majd csörtét vívni, akik kívánnak.

Kovács József képviselő úré a szó!

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz): Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Helyettes Államtitkár Úr! Talán az az egy mondat megengedhető, hogy olyan egészségügyi intézményt vezetek, amely Pándy Kálmán nevét viseli, és ez mondjuk a témához elég szoroson kapcsolódik. Hál' istennek a pszichiátriai ellátásnak kivétel nélkül a paletta minden elemét műveljük, a gyerekpszichiátriától a gerontopszichiátriával bezárólag. Ez persze nem mentesíti az országgyűlési képviselői munkámat az alól, hogy azokban ne érezzem az ember felelősséget, amit helyettes államtitkár úr is mondott, nevezetesen, a területi aránytalanságok és ennek a kiegyenlítése nyilvánvalóan országos feladat.

Ma úgy néz ki, hogy a pszichiátriai ellátásban az ellátás ott van rendjén, ahol valaki ezt az ellátási formát a sajátjának, a hivatása részének tekinti, ahol pedig nincs vagy megszűnt, ott tulajdonképpen senki nem volt, vagy legalábbis kevesen voltak eddig felelősei annak, hogy ilyen ellátás legyen. Ezt lehetne az ország egészére vonatkozóan mondani.

Ezért úgy gondolom, hogy a fővárosban és vidéken egyáltalán a bizottság, a tárca nem engedheti meg magának, hogy ellátatlanul legyenek megyék vagy területek, tehát ez a közös felelőssége – ha úgy tetszik – a parlamenti munkának is.

A másik kérdés, amit említeni tetszett, a rehabilitáció mellett lehet, hogy említésre került, de én nem hallottam, a pszichiátriai ellátásnak is van krónikus ellátási formája. A krónikus ellátás azért nagyon lényeges, mert ezek a szerencsétlen betegek hánykolódnak a szociális és az egészségügyi terület között, még az se lenne baj, hogy hánykolódnak a két terület között, hanem az a probléma, hogy egyik területen sincsenek finanszírozva kellőképpen. Nagyon örülök annak az átjárhatóságnak, ami említésre került, hogy valóban a szociális területtől egészségügyi területre vagy fordítva legyenek átcsoportosíthatóak az ellátási formák, de az átcsoportosítással nem megyünk semmire akkor, ha ennek a finanszírozását nem oldjuk meg. Itt a három hónapos krónikus finanszírozási korlátra gondolok, ami igen nagy mértékben megnehezíti a következő kilenc hónap ellátását azok számára, akik ilyen problémákkal foglalkoznak.

Tehát úgy gondolom, ez azért nagyon lényeges, és ebben a mi felelősségünk közösen az, hogy ezeket a kérdéseket így kell kezelni, és erre majd lesznek természetesen operatív javaslatok is, hogy hol lennének ezek. Itt egyébként sajnós, a pszichiátriai ellátás még a fogyatékos ellátással is nagyon szoros korrelációt mutat adott esetben, nagyon nehezen határozható meg az a határterület, hogy mi, mikor, hová tartozik, és ezen a területen nagyon sok a korrigálnivaló a közeljövőben, úgy gondolom. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem a tisztelt bizottságot, kíván-e még valaki szólani? Dr. Zombor Gábor képviselő úr!

DR. ZOMBOR GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen a szót. Két olyan dologra szeretném felhívni a figyelmet, ami talán nem hangzott el, a másik pedig egy picit segítség a pénzszerzésben.

Az egyik, hogy a pszichiátriai osztályok mellett működő úgynevezett nappali osztályok kérdése, amelyek tapasztalatból tudom, hogy nagyon jól működnek, és ha ez kiegészül még olyan foglalkoztató részlegekkel, intézményekkel, amelyben vissza lehet vezetni a munka területére, a munka világába a betegeket, ez egyrészt sokkal olcsóbb, másrészt hosszú távon is kiegyensúlyozott helyzetet biztosít a betegeknek. Hiszen azt az itt ülők sokkal jobban tudják, hogy az egzisztenciális biztonság és a munkavégzés lehetősége sokszor egy jó pszichoterápiás vezetéssel a gyógyszeres terápia mellett legalább olyan fontos a beteg szempontjából, mint az, hogy megkapja a zárójelentést, hogy esetleg gyógyult. Habár ezt a pszichiátriai betegek esetében nagyon ritkán lehet elmondani.

Erre vannak modellek, példák, én a saját esetünket tudom elmondani, annak idején Kecskeméten egy egész komplex ellátási rendszert dolgoztunk ki.

A másik, már újabb, bár nem illik a polgári foglalkozást most említeni, de mint polgármester szeretném elmondani, hogy a városok és a megyék legnagyobb problémája a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban az volt, hogy rázúdult a szociális rendszerre nagyon sok olyan ember, olyan beteg, aki elméletileg egyébként ellátható pszichiátriai betegek otthonában vagy szakosított szociális otthonokban, azonban ezeknek a fejlesztésére gyakorlatilag semmilyen lehetőség nem volt. És ez is egy aránylag fajlagosan olcsóbb ellátási lehetőség a rendszerben, és ezeknek a fejlesztése, a férőhelyek bővítése mindenféleképpen a jövőre nézve szerintem megoldást jelenthetne, gondolom, a megoldásokat keresi a tárca is.

A másik javaslatom, hogy említette helyettes államtitkár úr, hogy már eldőlték a pályázatok. Azt szeretném mondani önnek, hogy egyetlen Pólus-program esetében történt közbeszerzési eljárás kiírása, és eredményes eljárás, tehát ha azt a szempontot vesszük prioritásnak, hogy népegészségügyi szempontból érdemes lenne átvizsgálni az összes Pólus és TIOP-programot, struktúraváltási programot, akkor én itt most így látatlanban mondom, hogy biztosan tudnak találni lehetőségeket.

Az utolsó pedig szintén tapasztalat, hogy az említett TÁMOP-lehetőségek kihasználatlanok. A tárca erőtlensége volt az, hogy nem tudott olyan célokat kitűzni, hiszen a TÁMOP képzésekre, programtámogatásokra fordítható, ami például akár az addiktológia, akár a drogellenes tevékenység területén pénzekhez juttatná az ágazatot, hiszen a szakképzésben, oktatásban, a sokat bírált kompetenciaalapú oktatásban most nem azt mondom, hogy hülyeségekre, de mondhatnám azt, hogy mikre lehetett nagyon nagy pénzeket elnyerni. Tehát itt érdemes lenne, főleg most egy új struktúrájú minisztériumban egy sokkal erősebb pozíciót elfoglalni, akár a pszichiátriai képzések, pszichológusi képzések, de a különböző TÁMASZ-szervezetek finanszírozására is, hiszen ha csak 3-4-5 éves működési segítséget kapnak ezek a szervezetek, amelyektől elvonta gyakorlatilag a központi kormányzat a pályázati lehetőségeket, az mondjuk az ország gazdasági növekedésének megindulásáig is nagyon nagy segítséget jelenthet.

Tehát úgy gondolom, és nemcsak úgy gondolom, hanem tudom és biztos vagyok benne, hogy ezeken a területeken forráslehetőség is van az ágazat vagy akár a pszichiátria számára. Köszönöm szépen, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem a bizottságot, kíván-e még valaki szólani. *(Nincs jelzés.)* Ha nem, akkor szabadjon nekem néhány kérdést feltennem a kormányzat képviselőjéhez, és a kérdések nem most először merülnek fel. Reméltem, hogy valaki előttem szóvá teszi, de ez nem történt meg.

Továbbra sem látjuk, hogy mi volt az oka az országos intézet ilyen viharsebességgel történő megszüntetésének. Mi, ki volt az oka? Ezt tisztázni kellene, addig nem tudunk újraépítkezni. Anélkül, hogy ennek a pótlására előkészületek történtek volna, vagy a szakmát megkérdezték volna, bezárták ezt az intézményt. A helyettes államtitkár úr elmondta, hogy a menedzserképzőben működik egy csapat, akik majd epidemiológiai, térségi adatokat fognak gyűjteni. Szeretném elmondani, hogy az országos intézetek azért jöttek létre, hogy a saját szakmájuk területén országos kilátásban vagy kiterjesztésben epidemiológiai adatokat gyűjtsenek, a saját szakmájuk területén népegészségügyi trendeket, megbetegedési, halálozási trendeket monitorozzanak, és az ellátást ehhez igazítsák. Tehát valahol a szükséglet-kommunikáció sem képzelhető el a kötelező általános egészségbiztosítási rendszerben az országos intézeteknek az ilyen jellegű valid adatgyűjtése és monitoring tevékenysége nélkül.

Tehát továbbra is nyitott a kérdés és a bizottságnak ezt nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy mi indokolta ennek az intézetnek a bezárását. Szeretném elmondani, hogy a pszichiáter szövetségeknek, szakmai képviselőknek a hozzánk eljuttatott anyagai, még ez a 103 oldalas lelki egészség országos programja sem tesz ebben semmiféle megállapítást.

A második kérdés, amit ennek a bizottságnak mindenképpen fel kell vetnie, hogy kié ezért a felelősség, ki viseli ennek a politikai és egyéb felelősségét, hiszen itt emberek haltak bele ebbe a helyzetbe, kallódnak útszéleken, sarkokon, hajléktalanokká váltak, táboroznak az erdőkből. Ki viseli ennek a felelősségét?

Tehát mi felvetnénk a tárca felé azt, hogy valamilyen intézményes formában meg kellene vizsgálni az okot, hogy miért történt meg mindez, miért, ki, milyen felelősséggel tartozik azért, hogy egy szakmát lefejeztek. Az építkezés hosszú lesz, azt gondolom, hogy ez itt a megjegyzésekből is kitűnt, egyik napról a másikra ezeket a károkat nem lehet semmissé tenni, foglalkoznunk kell ezzel a kérdéssel.

Kérem a tárcát és az állásfoglalásunkban is szeretném, ha megjelenne ez a néhány felvetés, nem húzhatunk egy vonalat úgy, hogy ne tisztázzuk azokat a hatásokat, erőket, befolyásokat, amelyek ezt az egész folyamatot előidéztek, mert egyébként nem tudunk újra építkezni, újra és újra meg fognak jelenni ezek a rontó szándékok a szakma körül.

Azt is szeretném elmondani, és ez már inkább csak az én véleményem, hogy a pszichiátriai szakma is megosztott volt ebben az időszakban. Lépten-nyomon tapasztaltuk,

hogy pszichiáterekkel beszélgetve, én személyesen is több nagyszerű szakemberrel beszéltem, szervezetek, szövetségek, kollégium képviselőivel történt beszélgetések kapcsán az tűnt elő, hogy van a szakmában is egy megosztottság. Szerintem azzal is foglalkozni kellene, hogy ezt hogyan lehet felszámolni. Ezért nagyon örültünk annak a 10 pontos anyagnak, amit minden képviselőtársam megkapott, amiben úgy tűnik, hogy a pszichiátriai szakma, észlelve ezt a veszélyt és az ellátásért viselt felelősséget, végül is összefogott és 10 pontban megfogalmazta a kilábalás alap sarokpontjait. Ezt nagyon nagyra értékeljük, és ez már nekünk, a bizottságnak is nagy siker, hogy eljutottunk idáig.

Köszönöm szépen az eddigi megnyilatkozásokat, és most szeretném, ha a szakma képviselői, aki úgy gondolja, megnyilatkozna itt, a bizottság előtt, hiszen nekünk is látnunk kell, hogy a szakma mire készül, mit tudnánk támogatni a szakmapolitika oldaláról. Arra kérem a szakma képviselőit, hogy mikrofonhoz üljön, aki nyilatkozik, a nevét és a képviselt intézetet, szervezetet mondja be, hogy jegyzőkönyvben tudjuk rögzíteni. Tessék parancsolni!

## **A szakma képviselőinek hozzászólásai**

### **Dr. Németh Attila (Országos Pszichiátriai Központ)**

DR. NÉMETH ATTILA, az Országos Pszichiátriai Központ szakmai igazgatója: Németh Attila vagyok, az Országos Pszichiátriai Központnak a szakmai igazgatója. Ez az a központ, amit az OPNI bezárása után, 2008 decemberében határoztak el, hogy valamit létrehoznak, mert annyi baj és probléma merült fel a pszichiátriával, hogy akkor legyen valamilyen szervezet. Ez mindössze 4 státusból és 2 irodából álló dolog, de innen kezdtünk dolgozni 2009 márciusától.

A szakmai vezetés valóban összeállította ezt a 10 pontot, és egymás között is beosztottuk, hogy melyik az a két pont, amire mindenki hivatkozhat külön-külön és aláhúzzuk. Az egyik dolog: én azt mondom, hogy vannak dolgok, amelyhez kell pénz, van, amihez nem kell pénz. Ha ez a 10 pont ott van mindenki előtt - valószínűleg nem mindenki előtt van ott -, akkor az én egyik feladatomban az, hogy az IMEI-re, a forenzikus ügyekre hangsúlyt téve, ehhez kell pénz, de mivel sürgető, hogy várhatóan szeptemberben 20-25 ilyen típusú pszichiátriai bűnelkövető beteg kerül szabadlábra, és ezt nem fogja tudni ellátni a pszichiátriai osztály, mert nem ez a feladata, az egy kórházi, gyógyító dolog, olyan, mint a belgyógyászat.

Tehát hogy fél év alatt fel lehet-e építeni valamit, ezt nem tudom, de mindenesetre összesen 50-60 betegről van szó. A szakmának van erre is A) és B-verziója, és Heimat Katalin dandártábornokkal, akire az ombudsman úr hivatkozott, tárgyaltunk és beszélünk és tudunk közös nevezőt találni. Itt meg kell nézni azt, hogy mihez integrálható, és hol lehet szakembert találni. Az mind igaz, hogy nagyon kevés az igazságügyi elmeszakértő és a forenzikus orvos, de még van. Ha ezt most létrehoznánk, még lehetne szakembert találni, de előbb-utóbb már szakembert se lehet, és akkor hely sincs, szakember sincs, csak betegek lesznek. Ez az egyik.

A másik, amihez nem kell pénz, ezek a 3-as pontok, az a), b), c), d), ott csak vissza kellene állítani bizonyos dolgokat, minimálisan. Ide tartozik, hogy az OPNI-t lehetett szidni, lehetett dicsérni, az a lényeg, hogy ez egy gyógyítási, oktatási, kutatási és szervezési központ volt. Ennek a szervezési oldalát átadták most az Országos Pszichiátriai Központnak, de hiányzik továbbra is a másik három. Ahhoz, hogy a mi szervezetünk egyelőre az ÁNTSZ meg az OSZMK alatt működő főosztályként működjön, ehhez nyilvánvalóan nem elégségesek a kompetenciák. Azt kell mondani, hogy könnyű lenne létrehozni egy Országos Pszichiátriai Intézetet, akár külön a pszichiátriát, akár lehet, mert majd Nagy Zoltán professzor úr azt mondja, hogy egy idegtudományi központot is lehet létrehozni, csak annak a kifutását nem látjuk. Viszont Budapesten vannak olyan helyek, kórházak, ahol a pszichiátriai ágyak a 80

százalékot kiteszik, tehát nagyon könnyű lehetne ahhoz applikálni egy ilyen jogosítványokkal rendelkező centrumot.

Akkor a felelősséget is át lehet adni, hogy a pszichiátriai ellátás elinduljon egy jó irányba. Köszönöm szépen a figyelmet.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Tessék parancsolni!

### **Dr. Harmatta János (Pszichiátriai Szakmai Kollégium)**

DR. HARMATTA JÁNOS, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elnöke: Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Tisztelt Államtitkár Úr! Tisztelt Ombudsman Úr! Nagyon köszönjük a szakma oldaláról azt, hogy ilyen lehetőség van, hogy ma délelőtt a pszichiátria kerül terítékre.

Szeretném elmondani, hogy a szakma jelenleg abban egységes... Elnézést, Harmatta János vagyok, és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium nevében, valamint a MOTESZ nevében és a Nemzeti Egészségügyi Tanács képviselőjeként vagyok itt, és mondom, amit mondom.

Elnök úrhoz csatlakozva, ahhoz a kérdéséhez, hogy fontos kideríteni az OPNI megszüntetéséhez vezető okokat, szeretném kérni a szakma oldaláról, hogy jó lenne a bizottságnak egy politikai állásfoglalása is, amely igazából mérlegeli ezt a helyzetet, ezt a döntést, és annak a szakmai voltát. Ugyanis két hónap alatt jogutód nélkül megszüntetni egy ilyen intézményt, egy szakmának egy csúcsintézményét úgy, hogy hiába kértük, hogy az elhelyezés osztályonként, team-enként történjen, egy ágytologatás történt igazából, ez egészségügyi menedzsment szempontból is igen problematikus eljárás volt, és így sikerült teljesen szétverni a dolgot. Nagyon nehéz helyzetben vagyunk.

Egységesek vagyunk abban, hogy szeretnénk, hogy a pszichiátriának legyen egy országos intézete. Én azt szeretném hangsúlyozni, hogy ennek szükséges egy kritikus tömege is, hogy vegyek a fizikából egy szót. Nem ugyanaz talán, mint ami volt, de szakmailag nagyon mérlegelni kell, hogy mi az a kritikus tömeg, mi az a kritikus képviselő, a szakma tagoltságát is figyelembe véve, ami mind a szakmai fejlődés, mind a kutatás, mind pedig az ellátás oldaláról valóban igazi megoldásokat hoz.

Most felosztottuk egymás között, hogy melyikünk milyen problémáról beszél az idő spórolása végett. Én ezért néhány, a szakma szempontjából nagyon fontos kérdést mondanék.

Az egyik az, hogy a pszichiátriai rehabilitációs ágyak elkerültek a pszichiátriától és az általános orvosi rehabilitáció keretébe kerültek. Közös ebben az igény, több oldalról is közös, hogy ez visszakerüljön. Az előző kormányzat nem nyitotta meg a lex Molnárt, annak a mellékletében van ez, de ez egy egyszerű törvénykezési kérdés, ennek a javítása és ezt szeretnénk kérni.

Akkor a Pszichiátriai Szakmai Kollégiumnak és a szakmának is a rehabilitációs ágyakra nagyobb lehetősége volna, plusz nem lehetne ezeket a rehabilitációs ágyakat kórházigazgatói szinten más szakmák részére rendelkezésre bocsátani, ami egy nagyon fontos dolog.

Kiemelt kérdés azért a pszichiátriában a járóbeteg-ellátás kérdése. Ez négy részre oszlik. A gondozó intézetek vannak itt, a szakrendelők, a magánorvosi pszichiátriai ellátás, mert ezt is említeni szükséges és a közösségi pszichiátria. Itt kiemelt mindegyiknek a fejlesztése, és ebből én kiemelném a gondozó intézeteket. Hungarikum az, hogy Magyarországon területlefedő gondozó intézetek vannak a pszichiátriában, és mint elnök úr említette, a rossz compliance – így mondjuk ezt -, a rossz együttműködési készség miatt ez az ellátásnak egy nagyon fontos eleme volt. Ezek az ellátórendszerek leépülnek, részben a kórházakhoz, szakrendelőkhez való integrációjuk miatt, részben a forrásmegvonás miatt, és ma még betöltik a feladatukat, de már alig tudják. Ez egy hungarikum egyébként, tehát már Szlovákiában sincs ilyen, de az, hogy a magyar pszichiátriai ellátás még nem omlott teljesen össze a betegek oldaláról, ebben szerepe van.

Ezeknek a megerősítése szükséges és feltöltése az orvos mellett gondozókkal, klinikus szakpszichológusokkal. Elhangzott itt ez többször, ez nagyon fontos, szociális gondozókkal, tehát mindazokkal a szakemberekkel, ezeknek a megtartása mindenképpen szükséges.

Még egy pontot mondanék és húznék alá, ez pedig a pszichiátria, mint hiányszakma. A szakma ismételten kéri, hogy minősüljünk hiányszakmának. Itt van egy ilyen számprobléma, hogy a minisztérium több pszichiátert tart nyilván, mint amennyit a szakmában tudunk egyáltalán, ebben nemzetközi, európai uniós szinten is volt már probléma, a szakma nem tud ennyi pszichiátert. Ezt sürgősen kellene, azért, mert az erre vonatkozó intézkedések, az utánpótlás-nevelésre vonatkozó intézkedések csak később tudnak érvényesülni.

Köszönöm, ez ebből a csokorból egy pár kiemelt fontosságú dolog, de mindenképpen szükséges, mert egyik oldalról van egy krízis, egy ellátási probléma, és még egy: én nagyon örültem, hogy elnök úr asztalán a LEGOP 101-oldalas változata szerepel, én is hoztam egyet. A minisztérium egy zanzásított változatot köröz a honlapján, és a szélesebb változat az, amelyik a pszichoszociális gondokat, prevenciót, ilyesmit is jobban tartalmazza. Ezt Szilágyi képviselő úrnak mondanám. Valamelyest gondoltunk rá, nyilván rettentően fontos, hogy az eljövendő időben és éppen az epidemiológiai előjegyzéseket nézve a mentális betegségek előtt, erre még nagyobb gondot fordítsunk. Egyébként mentális egészség nélkül nincsen egészség, ez a WHO álláspontja is, ezért köszönöm, hogy foglalkoznak vele.

ELNÖK: Köszönöm szépen Harmatta János elnök úrnak. Kérdezem a szakembereket, szakértőket, ki óhajt még szólni?

#### **Dr. Kurimay Tamás (Magyar Pszichiátriai Társaság)**

DR. KURIMAY TAMÁS, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke: Köszönöm. Kurimay Tamás vagyok, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke. Tisztelt Elnök Úr! Helyettes Államtitkár Úr! Ombudsman Úr! Nagyon köszönjük ezt a meghallgatást. Én elsősorban az európai uniós, WHO és az abból következő javaslatokkal szeretnék foglalkozni. Azt gondoljuk, hogy mi az OPNI bezárását követően folyamatosan tiltakoztunk és nemzetközi összehasonlításból is próbáltunk olyan erőforrásokat találni, és azt találtuk, hogy az egyetlen megoldás a túlélésre, ha nemzetközi folyamatokhoz csatlakozunk.

Mint ismeretes, a lelki egészség európai paktuma 2008-ban, amelynek a magyar verzióját elhoztam, elnök úrnak át fogom adni, interneten elérhető, az Európai Unióban a lelki egészség kérdését első számú prioritásként fogadta el legnagyobb szinten. Barroso elnök úrral a WHO és az európai parlamenti ajánlással. Ehhez Magyarország is tudott csatlakozni. Ott öt prioritást határoztak meg, mint az öngyilkosság és a depresszió megelőzése, az időskor kérdése, a fiatalok oktatásának kérdése a lelki egészség területén, a munkahelyi lelki egészség és a stigma elleni küzdelem.

Ennek kapcsán mi szakmailag ellenszélben ugyan, de be tudtunk kapcsolódni 2006-ot követően ebbe a folyamatba, és elég jó pozíciót sikerült elérnünk. A lelki egészség európai paktumának az 5 úgynevezett tematikus konferenciája végeztével egy zárás lesz, és az Európai Uniónak az a kérése és javaslata, hogy a magyar elnökség ideje alatt kerüljön be egy bizottsági állásfoglalás Magyarország támogatásával a lelki egészség kérdéséről.

Ugyanez vonatkozik a WHO európai szervezetére, és egyébként én délután megyek Luzernbe az európai WHO konferenciára, ahol pontosan a migráció kérdéséről kérték, hogy tartsak egy tájékoztatást Magyarország vonatkozásában. Az itteni tapasztalatokra szeretnék ezzel kapcsolatosan utalni.

A másik nagyon fontos kérdés, hogy a kutatás és a lelki egészség kérdése európai szinten is integrálásra kerülhessen, ezt is az Unió, nemcsak a DG SANCO, tehát az Egészségügyi Felügyelősége, hanem a DG Research is támogatja ebben a kérdésben.

Mindebből következően a javaslat az – és ezt tartjuk az egyik legfontosabb kérdésnek, amit helyettes államtitkár úr is említett -, hogy kormányzati prioritássá kell minősíteni a lelki egészség kérdését, és mindezt a népegészségügyi programokban is kiemelt helyen meg kell jeleníteni, hiszen a demográfiai mutatók ezt támasztják alá.

A másik kérdés a hiányszakmává minősítés: már az előttem szólók ezt említették, több képviselő úr is említette ezt. Nagyon nagy a szakemberhiány, nagyon nagy probléma van. Nagyon sok helyen már a szolgáltatásokat sem tudjuk kiállítani, egyszerűen az aktív pszichiátriai ellátásban nagyon nehéz, akár bizonyos területeken az ügyeket kiállítani. Itt említésre került, hogy százezer lakosra van például két pszichiáter. Tehát ez egy elképesztő helyzet. Azt gondolom, hogy ebben a kérdésben azonnali segítségnyújtás szükséges, és ebben valóban a rezidensképzés és a kiemelt hiányszakmává minősítés lehet a megoldás. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen Kurimay Tamás elnök úrnak. Kérdezem, hogy ki kíván még a szakértők közül szólni?

DR. KOSZA IDA, a Pszichiátriai Rehabilitációs Világszövetség európai alelnöke: Dr. Kosza Ida vagyok, a Pszichiátriai Rehabilitációs Világszövetség európai alelnöke. Én arról szeretnék említést tenni, hogy nagyon helytelennek tartjuk azt, hogy megszüntették a pszichiátriai intézetek önállóságát és mindegyiket, amelyek voltak, kórházakhoz csatolták, például Nagyállót. Ez azért érdekes, mert a pszichiátriai gyógyítás egy komplex tevékenység, amiben benne van az aktív ellátás, a rehabilitáció és az esetlegesen a szociális rész is, ami tulajdonképpen az lenne jó, ha komplexen jelenne meg.

Ami a rezidensképzést illeti, még azt szeretném mondani, hogy ebben mindenképpen lépni kell, mert nálunk jelentkezett egy fiatal, frissen végzett kolléga, és szeretett volna dolgozni, és mondtam, hogy jó, akkor beszéljük meg, hogy milyen programja lenne. Azt mondta, hogy ő nem rezidens. Miért? – kérdeztem. Azért, mert az egyetemre nem vették fel, és kiderült, hogy közel 1700 körüli volt a rezidens jelentkezők száma, és az egyetem összesen 280-at vett fel. Akkor megakadályozzák a frissen végzett orvosokat abban, hogy bármilyen szakmában rezidensek legyenek. Akkor ezek mit fognak csinálni? Ez az egyik.

Most voltam külföldön, a Pszichiátriai Világszövetségnek volt egy regionális kongresszusa Szentpéterváron, ahol be kellett számolnom a magyar pszichiátriai rehabilitációs gyógyítási modellről, és ebben kiderült, erről nem volt eddig szó, hogy a rezidensek fizetése olyan 400-500 euró maximum, és amikor egy orvos elvégzi az egyetemet, 24-26 éves. Hogy lehet ebből megélni?

Szerintem ezzel is kell a tárcának foglalkozni. Tudom, hogy a pénz nehéz kérdés, de ez mindenképpen akadály, mert olyan rezidensről is tudok, aki nem indult el, hanem elment valamilyen részterületre a pszichiátriában, ahol családterápiás modelleket csinálnak, azért, mert ott jobban lehet keresni. Tehát egyszerűen csak megélni akarnak.

Még egy dolog van, amit szeretnék mondani, hogy ebbe a komplex gyógyításba beletartozik a gerontopszichiátriai ellátás is, amelyre egyre nagyobb igény van. Én nem tartom rossznak, hogy egy kórházon belül az egészségügyi és szociális finanszírozás együtt jelenik meg. Tehát teljesen mindegy, hogy honnan kapja a kórház az ellátáshoz a pénzt, az a lényeg, hogy jelenjenek meg a gyógyítási formák. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönjük szépen Kosza Ida elnök asszonynak. Tessék parancsolni!

DR. NAGY ZOLTÁN (Pannon Egyetem, a Magyar Stroke Társaság elnöke, az OPNI egykori főigazgatója): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Mint az OPNI utolsó főigazgatója kívánok néhány gondolatot megosztani önökkel.



Nem először ülünk az Egészségügyi bizottság asztalánál, és mindig borzasztóan éreztem magam, most megváltozott az érzésem. Örömmel hallgattam a helyettes államtitkár úr elemzését, illetve értékelését. Úgy tűnik, hogy az egészségügyi kormányzat megértette, hogy egy nagyon rossz döntés nagyon rossz végrehajtásával a pszichiátriai betegek, egyáltalán a magyar lakosság és egy szakma ellen követtek el nagyon komoly károkat.

Én örömmel láttam azt, hogy a pszichiátriai közösség, a Kollégium és a Társaság vezetése valóban egységes. Nekem is az volt a tapasztalatom annak idején, a 2006-2007-es években, hogy a szakma meglehetősen megosztott volt, és voltak, akik az országos intézet megszüntetéséből előnyöket vártak, erre jó példa volt a közelmúltban egy egészségpolitikai tévévita, ahol ez fel is merült. Tehát rendkívül helytelennek érzem azt, hogy ha a közösségi pszichiátriát és az intézményesült pszichiátriát egymással szembeállítják, ha a pszichiátriai ellátás komplexitását érdekcsoportok kikezdi. Én örömmel látom, hogy most a pszichiátriai vezetők ebben egységesek, tehát nem elkülönítve, hanem teljességben kell nézni.

Ezt a teljességet szeretném aláhúzni, ezért is kértem szót. Abban is ki kell teljesíteni – ha szabad így fogalmaznom –, hogy az idegtudományok komplexek. A pszichiátria, a neurológia, a pszichológia, a neuroradiológia tulajdonképpen az idegrendszer különböző működési területeit reprezentálták, és az OPNI volt az az egyetlen intézmény, ahol ez egy intézményen belül megjelent. Ezért voltak olyan kiváló kutatási eredmények, ezért szerettek a hallgatók odajárni, ezért volt nemzetközi hírnevünk. Nem tudom, tudják-e, de az európai neurológus és pszichiáter-képzésben is rendkívül aktívan részt vettünk, mert egy helyen mindent megtaláltak és jó szakemberek oktattak, illetve vezették be a fiatalokat a különböző tudományterületekre.

Tehát én, amikor a jövőn gondolkodnak és gondolkozunk együttesen, akkor felhívnam a figyelmet, hogy a gerontopszichiátriától a gyermekpszichiátriáig, a neurológiai kórképekhez tartozó pszichiátriai ellátástól a stroke, post-stroke állapotok, demencia és depresszió okozó hatásának kezelésétől egészen a gyulladáshoz vezető területekig, ez egy egység, ezt szétdarabolni nem jó. Volt egy olyan intézmény Európában – tehát nemcsak egy ilyen intézmény van nálunk –, amely együtt reprezentálta ezt, ezt nem kellene megosztani és szétszedni.

Tehát ha a tisztelt bizottság és az egészségügyi kormányzat ebben gondolkodik, hogy újra kell indítani egy ilyen típusú intézményt, akkor ezt ilyen komplexen kell indítani.

Fontosnak tartom azt, hogy valóban legyen ellenőrzés. A privatizáció és főleg a krónikus pszichiátriai intézmények ellenőrizhetetlen működtetése óriási problémákat tud generálni, és ez a médiában néha napvilágot lát. Én azt hiszem, hogy erre is oda kellene figyelni.

Még két adatot hadd mondjak röviden. 22 rezidense volt a Lipótnak, amikor megszűnt. Jelenleg Magyarországon ebből a 22 fiatalból 2 dolgozik, 20-an mentek el Nyugat-Európába. Nem tudom, tudják-e azt, hogy az intézet megszűnése után a volt pszichiátriai lipótos betegek öngyilkossági aránya hihetetlenül megugrott, amikor ez tudomásomra jutott, próbáltam részletes adatokat kapni, a Törvényszéki Intézet azt mondta, hogy rendőrségi adat és nem tudja kiszolgáltatni. De érdemes lenne, amikor a felelősség kérdését felvetjük, akkor ezt a kérdést is felvetni, emberek haltak meg.

Valóban betegek még mindig kóborolnak a fővárosban és környékén, a Semmelweis Egyetem egyetemistái egy ilyen programot hajtanak most végre, próbálják felkutatni és tudomásom szerint közel 30 beteget találtak közterületen, itt-ott, de nyilván körülbelül 80-100-ra tehető a becslések szerint.

Tehát összefoglalva: örülök, hogy egy ilyen bizottsági meghallgatásra sor került, örülök, hogy a helyettes államtitkár úr és az egészségügyi kormányzat valóban komolyan veszi a dolgát, és nagyon köszönöm az elnök úrnak és az Egészségügyi bizottságnak, hogy most már hathatósan és úgy segít, hogy ez a szakma végre a talpára álljon. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen Nagy Zoltán professzor úrnak. Vannak-e még további szakértői megjegyzések? Parancsoljon!

DR. OBERFRANK FERENC, a Magyar Tudományos Akadémia Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézetének ügyvezető igazgatója: Dr. Oberfrank Ferenc vagyok és a Magyar Idegtudományi Társaságot és az European Brain Councilnak, az Európai Agytanácsnak a magyar tagszervezetét, a Magyar Agytanácsot képviselem itt.

A központi idegrendszeri betegségek, azon belül a pszichiátriai betegségeknek a népegészségügyi jelentőségét azt hiszem, itt jó alaposan körbejárták és alátámasztották a neves előadók, és nagy öröm azt tapasztalni, hogy a minisztérium vezetői képviselői is ezt teljes mértékben osztják. Azonban talán nem érdemtelen itt a társadalmi és gazdasági terhet, ami ezzel összefüggésben jelentkezik, néhány adattal jellemezni. Annál is inkább fontos ez, mert míg az európai adatok viszonylag pontosak, és itt egy korábbi, jelenleg aktualizálás alatt álló felmérésre hívom fel a figyelmet, amelyet szívesen közreadok, a lényeg az, hogy addig, míg az európai adatok megbízhatóak többé-kevésbé, addig a magyar adatok egyáltalán nem megbízhatóak.

Hogy ezt illusztráljam, arra csak egy példa: miközben ez a 28 európai országra kiterjedő felmérés azt mutatja, hogy mintegy 127 millió európai, tehát a lakosságnak több mint negyedét érintik a központi idegrendszeri, ezen belül a pszichiátriai betegségek, őrájuk körülbelül a kétharmadát lehet ennek az aránynak osztani. Ez évente 400 milliárd euróba kerül az európai országoknak. Addig becsléssel ez a tanulmány Magyarországra 5 milliárd eurót, 1400 milliárd forintot oszt, ami azt jelentené, hogy egy évben minden egyes magyar embernek 130-140 ezer forintot jelentene ezeknek a betegségeknek nemcsak a kezelése. Ez a másik nagyon fontos dolog, amire szeretném felhívni a figyelmet, hogy az európai felmérések alapján úgy néz ki, hogy a kórházi ellátás, a gyógyszerellátás és a kórházon kívüli egészségügyi ellátás tulajdonképpen csak a költségterhek 35 százalékát teszi ki körülbelül. A szociális ellátás, a táppénz, a rokkantnyugdíjazással járó költségek és a korai halálózással járó költségek azok, amelyek a további 65 százalékát jelentik a gazdasági, pénzügyi költségvonatnak.

Tehát ez egy rendkívül fontos információ, ami nem jelenti azt, nem értékeli le az egészségügyi ellátás jelentőségét, hanem csak azt jelenti, hogy ha valamit elmulasztunk ott vagy a megelőzésben, akkor az ilyen súlyos anyagi vonzattal jelentkezik. Azonban azt gondolom, hogy nagyon fontos koncentrálni a gazdasági, pénzügyi terhek mellett a társadalmi terhekre. Itt hadd hívjam fel a figyelmet Andorka Rudolf munkásságára, aki ezen a területen azt gondolom, hogy máig rendkívül fontos és tanulságos munkássággal rendelkezik, sajnos, korán elhagyott bennünket, és akkor látjuk azt, hogy a természetes társadalmi közösségek, a családtól kezdve az önszerveződések tulajdonképpen milyen jelentős szerepet játszhatnak abban, hogy fenntarthatóvá váljon a magyar társadalom, és azt gondolom, ennek a függvénye a magyar gazdaság és a nemzet fenntarthatósága is.

Egy másik nagyon fontos gondolat az, hogy nemcsak az egészségpolitikában, hanem health in all policies, tehát minden politikában nagyon fontos, hogy az egészségügynek és ezen belül a mentális egészségügynek a szempontjai megjelenjenek. Azt gondolom, hogy ezt érdemes jobban érvényesíteni a későbbiekben. Itt szeretném felhívni a figyelmet az innovációra. Óriási potenciál van a központi idegrendszer kutatásában és az azon alapuló fejlesztésekben, ennek gazdasági és társadalmi jelentősége egyaránt van. Én itt képviselek egy európai munkaközösséget, amely vezető magyar és európai pszichiáterekből és agykutatókból áll, akik arra törekszenek, hogy a magyar elnökség idején kiemelt figyelmet kaphasson ez a terület. Természetesen a népegészségügyi, egészségügyi vonatkozásai is, de emellett az innovációs potenciál, ami itt van és a 150 éves Magyar Idegtudományi Iskola, amelynek mondjuk csak ha egy kiemelkedő, már sajnos, nem élő képviselőjét, a parlamentben is fontos

szerepet játszó Szentágothai Jánost nevezem meg, és a ma élő tanítványait, akkor azt gondolom, hogy ez egy olyan ügy, ami nemcsak nekik fontos, hanem az egész országnak és Európának. Figyelmükbe ajánljuk azt a programot, amihez majd támogatásukat kérjük. Nagyon szépen köszönöm, hogy meghallgattak.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem, van-e további szakértői megnyilvánulás. *(Nincs jelzés.)* Ha nincs, akkor nagyon szépen köszönöm minden szakértőnek az Egészségügyi bizottság jelenlegi munkájához való hozzájárulást.

Megkérem a tárca képviselőjét, Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat, hogy röviden próbálja összefoglalni a tárca véleményét. Felmentem az egyes kérdésekre adott tételes válasz kötelezettsége alól, mert ez nagyon hosszú időt venne igénybe, inkább valamiféle összefoglaló, a tárca szándékait jelző záró megnyilatkozást várnánk. Köszönöm szépen.

### **Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Fejlesztési Minisztérium) válaszai az elhangzottakra**

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Fejlesztési Minisztérium): Sorban próbáltam én is magamnak jelezni a fontos témákat, amelyek azért rendszeresen visszatértek. Izgalmas téma ez a szociális és egészségügyi határterületek kérdése. Azért legyünk őszinték, ez egy nagyon bonyolult problémakör jelenleg is, hiszen az egészségügyből mondjuk azt, hogy a szociális területre rázúdultak esetleg pszichiátriai betegek, de gyakorlatilag ugyanakkor fordítva: az egészségügy pedig hihetetlen mennyiségű, igazából tulajdonképpen szociális beteget visz magával. Ez igaz akár a rokkantnyugdíjasok hihetetlenül magas tömegére, akiről jól tudjuk, hogy a '90-es években nem a biológiai, hanem a társadalmi kényszer következtében növelték meg ezt a létszámot. Ebben Európában szintén vezető területen vagyunk. Csak ez egy komplex probléma, mindannyian tudjuk azt, hogy milyen nehéz bejutni egy jó minőségű szociális otthonba, milyen komoly forrás szükséges ehhez, és volt itt erről szó, erről a differenciálásról, hogy a családok mire képesek. Legyünk őszinték, nagyon sok család nem tudja másképp megoldani, csak úgy, ha egy idős rokonát egy OEP által finanszírozott egészségügyi intézményben tartja. Innentől kezdve elkezdnek keveredni a definíciók, mert a rehabilitációs osztályokon 60 százalékos halálozás van, amely önmagában jelzi a fogalom leértékelődését. Alig látunk különbséget az ott fekvő beteg és az ott fekvő ellátás között, ha ez egy rehabilitációs osztály, ha ez egy krónikus osztály, ha ez egy ápolási osztály, a népnyelv elfekvőnek hívja őket szégyenszemre, és alig látunk különbséget mondjuk egy szociális típusú tevékenység közben.

Csak egészen más a forrásháttér, mert OEP-forrás egészíti ki ezt a tevékenységet, ami nyilván sok család számára az egyetlen megoldás, de nem biztos, hogy a magyar lakosság egy jelentős részének is, tehát valahol ezt a rendszert nagyon át kell gondolni.

Zombor Gábor képviselő úr beszélt arról, hogy ezen a területen forrásnyereség lehetőség is van. Mi is azt gondoljuk, hogy lehet ezt optimalizálni, de főleg az egészségügyi ellátásokat nem érdemes egyébként, főleg a pszichiátria területén azt gondolom, hogy olyan diagnosztikai, olyan terápiás éjszakai ügyeleti tevékenységet, amely hihetetlenül megnöveli az egészségügyi fajlagos költségeket, ha nem kell fenntartani, ezzel már önmagában lehet adott esetben helyi szinten forrást nyerni, és azt máshová átcsoportosítani.

A forenzikus pszichiátriát nagyon sokan felhozták, Nagy Kálmán képviselő úr jelzésére: egy nagyon súlyos probléma, hogy a pszichiátriai betegellátás akut ellátás. Ha jól tudom, volt erről egy diszkusszió a sürgősségi szakmával, és jelenleg úgy tudom, hogy elvileg a sürgősségi területnek kellene ellátni ezeket a betegeket, de nagyon nehéz differenciálni, és sokszor bezuhannak a pszichiátriai ügyek, sőt a baleseti ügyeletbe is, és fordítva is, az egyéb szempontból drámai esetek a Baleseti Intézetben és hasonló helyeken landolnak, ezt is nagyon pontosan tisztázni kell, főleg a gyermekterületen.

Mindenesetre, ahogy itt hallottam a háttérből is, hogy a forenzikus terület, ami abszolút prioritás, tekintettel erre a veszélyre, ami itt ketyeg tulajdonképpen a fejünk fölött, a képzés önmagában rendben van, az egy kérdés, hogy a tárcának van-e módja arra, hogy valamelyest orientálja a rezidenseket. Itt részben a központi gyakornoki státusz biztosításával van egy bizonyos játéktere, részben pedig a válaszom a kérdésre az, hogy igen, hiányszakma, de a végrehajtási rendelet mellékletében szereplő 18 szakma egyike a pszichiátria. Gyakorlatilag a 700-valahány rezidens státusznak most a fele, 340-valahány személy kap jelenleg majd egy, a diplomás minimálbér 50 százalékát meghaladó többletet ehhez a munkavállaláshoz, tehát valamelyest már egy bizonyos motivációs ténykedés van ebbe az irányba. A történet ugyanis nemcsak arról szól, hogy a rezidenslét és a fiatal magyar orvoslét elől vegyük el az akadályt, a taszító elemet, ezt a röghöz kötést, hanem a vonzó elemet is meg kell teremteni, mert ez kevés, ez nem fogja itthon tartani őket, ezekkel a nyomorúságos fizetésekkel.

Nagyon nagy kérdés itt a jövő. Valahol itt kellene komolyan venni az életpályamodell kérdését. Annyiszor elcsépeztük ezt az életpályamodell fogalmat, annyiszor használtuk, és nincs mese, itt a paraszolvencia kérdéséhez keményen, és egyáltalán az orvosi alacsony fizetések következtében a korrumpálhatóság mértéke és ez nemcsak a paraszolvenciára vonatkozik, és ez a pszichiátriában is sújt minket, a kutatási pénzek, illetve a céges pénzek olyan deform döntéseket eredményezhetnek a rossz fizetések következtében, amelyeknek a rendszerhatékonysági áldozata feltehetően meghaladja összességében ennek a költségét.

Tehát valahol a rezidensekkel való most már hosszabb tárgyalások után azt gondoljuk, hogy hosszú távon helyre kell tenni a magán egészségügyi tevékenység és az állami egészségügyi tevékenység kereteit Magyarországon. Törekedni kell arra, hogy a vezető intézményekben, ahol a rezidensek oktatása, képzése folyik, a kollégák motiváltak legyenek arra, hogy ők asszisztáljanak nekik, tanítsák őket, velük operáljanak, és ehhez nyilván valamilyen jövedelmi háttér kell, aki ezt választja, az oktasson, kutasson és dolgozzon együtt a fiatalokkal, aki pedig a magánszférát választja, az világosan menjen a magánszférába. De az a jelenség, hogy országos intézetekben a kollégák 12-13 órákor távoznak a magánpraxisba azért, hogy jövedelmüket kiegészítsék, ez nem tartható hosszú távon, hiszen az országos intézeti lét alapját ássa alá, ha valakit erre kényszerít a helyzet. És akkor ebből lehet azt remélni, hogy a rezidenseknek, és ezt sosem elemezzük, mindig csak erről a röghöz kötésről és az anyagiakról beszélünk, tehát az orvosképzés nagymértékben kiürült ennek következtében, hiszen nem tudunk egy érvet mondani amellet, hogy egy vezető orvos kolléga milyen alapon motivált. Meg sem kapja tulajdonképpen azt az elég csekély tutor-mentori díjat, amelyik egy rezidenstől elvileg kellene hogy járjon, hiszen az intézménye lenyeli. Tehát gyakorlatilag sem számon nem kérhető, technikailag sem, sem tartalmilag nem kérhető számon rajta az, hogy oktasson és ennek a rezidens tartalmilag issza meg a levét.

Tehát ilyen életpályamodell kérdésben, ebben a kettéválasztásban és a korrupciós lehetőségek csökkentésében azt gondolom, hogy az eltökéltség elég magasnak mondható.

Azokra a kérdésekre, hogy a közösségi dimenzió kérdésében világosan látni kell, hogy eddig is jelentős számú civil szervezet vesz részt, például nemcsak az addiktológiai prevencióban, hanem ellátásban is. Ezek mind akkreditált intézmények, legális OEP-kifizetés mellé csatlakozó szerződésekkel és egyebekkel ellátottan működnek.

Az egy kérdés, hogy ezen felül van-e mód a továbblépésre. Tehát azt a fajta aktivitást, amit az egyházak, a civil szervezetek jelentenek ma, azt hogyan tudjuk becsatornázni ebbe a tevékenységbe. Van egy ilyen elképzelés erre nézve, hogy valamilyen támogatott módon megtalálni olyan célszemélyeket, akik tudnák koordinálni egy közösségben a helyi közösség és mondjuk az önkormányzati típusú feladatokat, és ezt valamilyen módon progresszív módon támogatni, mert a probléma a reintegráció. Tehát ezek a közösségek ebben is tudnák segíteni,

hogy a reintegráció is kialakuljon, nemcsak a rehabilitáció, ne érjen véget a rehabilitációs osztály kapujában az ellátás.

Azt hiszem, erről már beszéltünk, hogy a lelki egészség országos programjánál a verzió nem mindegy, hogy ki, melyiket olvassa. Jóval nagyobb az anyag, én se azt találtam meg az interneten, de ha már itt tartunk...

ELNÖK: Elnézést kérek, államtitkár úr, egy kicsit rövidíteni kell, mert újabb bizottsági ülések kezdődnek, többeknek el kell menniük és félttem a határozatképességet, a kitartását a képviselő uraknak. Kérem, hogy ha lehet, akkor egy kicsit rövidítsen.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Fejlesztési Minisztérium): Igen. A média felelősségére szeretném a figyelmet felhívni e tekintetben, tehát kifejezetten fordulnék az itt lévőkhöz, hogy az ilyen típusú, a magyar közösségi modell szolgálatokor ne csak az egészségügyi botrányokra hívják fel a figyelmet, hanem azokra a számtalan, nagyon nehéz körülmények között helytálló pszichiátrián és máshol dolgozó kollégákat is keressék meg és legyen ilyen valós kórházkép és emberkép arról, hogy hányan próbálnak itt mindig helytállni a nehéz körülmények között. Talán ez is segíthetne a magyar légkör javulásához.

A programok kapcsán ezek nehéz kérdések, az európai uniós programok kérdése, hiszen az világosan látszik, és egy kicsit elkeseríti az embert, hogy ezek a munkák nem egy összkoncepció mentén jöttek létre. Világosan kimondják a kórházigazgatók, hogy az számított, hogy kinek milyen pályázati partnere van, annak milyen bekötése van, és ez sajnos, nagyon szomorú egyrészt, de ugyanakkor eléggé megköti a kezünket, hiszen itt azért komoly források mentek már ki eddig pályázati tevékenységre. Tehát itt valóban nem könnyű a játéktér, de ahogy mi is mondtuk, úgy számoltuk nagyjából Zombor Gábor képviselő úrral egyetértve, hogy körülbelül még ebben az évben is egy 30 milliárd forint nagyságú forrásnál van mód esetleg a belenyúlásra.

Ha elnök úr kérdésére áttérhetek: az átvilágítás. Abszolút egyetértünk azzal, hogy ezt a hihetetlenül súlyos problémát, amit az OPNI bezárása felvetett, ezt át kell világítani. A tárca eltökéltségét az átvilágításra az is mutatja, ismét hadd hívjam fel a média figyelmét arra, hogy első intézkedésként kint van a honlapon az OEP elmúlt öt évi szerződésállománya. Ez is azt jelenti, hogy megpróbálunk ilyen szempontból transzparenciát biztosítani, és azt reméljük, hogy elindul egy bizonyos fajta együttgondolkodás és munka, de ez egy média típusú tevékenység. Nyilván magának a tárcának is az ilyen szakmai kérdésekre erőforrásokat kell fordítania.

Még azt hadd említsem meg az uniós pályázatok kapcsán, hogy a minimumfeltételeknek itt is néhány nap múlva hatályba kell lépniük, kaptunk leveleket arra, hogy az elhúzó pályázati munka miatt újra kell dolgozniuk a kórházaknak a pályázataikat, jelentős többletköltséget jelentene az új minimumfeltételek szerinti lépés.

Az országos intézetekre áttérve, szintén elnök úr másik kérdésére, elnézést, ha néha ide ugrom, oda ugrom, az országos intézeteknél azt látjuk, én magam ott dolgoztam 20 évig, sőt még utána is, hogy nehéz a funkciókat megtalálni egy ilyen rendszerben, hiszen régen a szakorvosképzés, a graduális, posztgraduális képzés jelentős része a kezükben volt, nagyon sok funkció részben önhibájukon kívül kicsúszott a kezükből. Valóban meg kell találni azt a fajta módszert, ami speciális, gyógyító tevékenység a számukra, mindenesetre ebben a munkacsoportban én magam is például az egykori országos intézetből kértem munkatársat, hogy menjen és a traumatológiát képviselje. Törekedtünk arra, hogy ezt a rendszert újra építsük.

Akkor a szakmai típusú észrevételeknél: azt teljesen értem, hogy akkor a szakma sok szempontból egységes az országos intézet felállításában. Nyilván az látható, hogy még azért szükséges megbeszélés ennek tartalmi és formai nagyságrendi kérdéseiben, ez látható, hogy

itt a kritikus tömeg kapcsán ez egy gyors megbeszélést igényel. Valóban a Molnár Lajos-féle kórházfejlesztési törvényhez hozzá kell nyúlni, komplex módon kell, kiderült, hogy számtalan problémakörben, a vagyoni biztosíték kérdése pedig egészen riasztó problémákat vet fel időnként. Ezeket a kérdéseket komplex dereguláció keretében kell megoldani, és azt gondolom, hogy ezen abszolút rajta vagyunk.

Az európai uniós és WHO-s ügyekkel kapcsolatban csak jelzem, hogy a minisztérium erős átalakulásban van, a közigazgatási és az egész koncentrált átalakulás kapcsán. Az európai ügyek részben az én munkatársamhoz, Páva Hanna helyettes államtitkár asszonyhoz fognak tartozni, de én is azt szeretném aláhúzni, hogy az európai uniós elnökség egy óriási lehetőség az országnak, ahol nagyon sok területen az egészségügy számára kitérés pontokat kellene keresni, ahol mindannyiunknak aktívan együtt kellene működnie.

A rezidensek létszáma: ez számtalan sebből vérzik. Az akut probléma, a röghöz kötés megoldása után a következő a létszámkérdés. Nem tudom, hányan tudják, hogy ebben az évben két évfolyam zuhan be a rendszerbe egyszerre a képzés átalakítása miatt. Tehát ebben a pillanatban nem 700, hanem 1400 most végzett kolléga érkezik, aminél a kórházakat ugyanúgy riasztja az 5+4 éves kötelezettségvállalási idő. Tehát a kórházak legalább úgy félnek a röghöz kötéstől, mert melyik kórház mer ma 9 évre garanciát vállalni ennek kapcsán? Tehát számtalan probléma van itt.

Abszolút egyetérttek Oberfrank igazgató úrral abban, hogy a társadalmi, gazdasági teher egy lényeges kérdés, és az egészségügy jelentőségét itt kellene újra és újra kiemelni. Én emellé hozzátenném a családi terhek kérdését, amit szintén említett, hogy sosem számoljuk ki, hogy egy addikt gyerek miatt tönkrement család összköltsége mit jelent. Hadd említsem meg szubjektív módon, hogy Andorka Rudolf lányával együtt dolgoztam haláláig tíz éven keresztül, Eszter pontosan egy addikt fiatalember okozta gyilkosság következtében hunyt el gyakorlatilag mellettünk. Hadd emlékezzek meg róla ezen a helyen is.

Végül csak azt mondhatom erre, hogy egyetlen dolgot hadd emeljek ki. Évek óta először kerül az egészségügy a prioritások közé. Szóval azért minden nehézség ellenére azt gondolom, hogy az ágazatnak annak azért örülnie kell, hogy az első prioritások között ott van az egészségügy. Hadd emeljem ki újra és újra és hadd próbáljunk erre támaszkodni.

A végén csak egyetlen megjegyzés, hogy Szentágothai János professzor úr munkatársa, Réthelyi professzor, aki nem az aggyal, hanem a gerinccel foglalkozott, ami szintén fontos lesz a jövőben, mert szükség van rá, én pedig gerincrehabilitációval foglalkoztam, úgyhogy az idegrendszer most egy kerek egész rendszert képvisel. *(Derültség.)*

ELNÖK: Köszönjük szépen. Erős gerincre ma nagy szükség van. Kérdezem Müller Éva kolléganőt, hogy kíván-e szólni. *(Dr. Müller Éva: Köszönöm, nem.)* Legalább a hangját hallottuk volna, de akkor a következő alkalomra fogjuk hagyni.

Szeretném felhívni a képviselőtársaim figyelmét, hogy Szabó Máté professzor úr, ombudsman letett itt a bejáratnál az asztalra nagyon értékes füzeteket: „Méltóképpen másképp”, „Fogyatékosügyi projekt”, „Gyermekjogi projekt”, „Közlekedési projekt”, „Sztrájkjogi projekt”, „Emberi méltóság korlátok nélkül”, mindenki, aki érdekelt a témákban, elviheti innen az asztalról. Köszönjük szépen.

Köszönöm szépen a megjelenést a szakértőinknek, a bizottság tagjait még kérem, hogy két percig maradjanak. Köszönjük szépen a hozzájárulásukat ehhez az üléshez, az állásfoglalást nekik is meg fogjuk küldeni, a bizottság állásfoglalását. Azt hiszem, hogy azzal összegezhetném, hogy szakmai, szakmapolitikai és intellektuális élmény is volt ezt a napirendet itt végigülni. Köszönjük szépen.

## Egyebek

A tisztelt bizottságot kérem, hogy egy perc erejéig még figyeljen. Az egyebek között most már csak egy pontot szeretnék tárgyalni, abban is inkább csak tájékoztatást adni. Június 23-án, jövő héten szerdán, 10 órakor, tehát ugyanebben az időben meghallgatjuk az ágazat egészségügyi államtitkárait, szakállamtitkárait, bemutatkoznak itt, meghallgatjuk őket. Úgy tűnik, hogy feláll a tárca, szerveződik a döntés-előkészítés, tehát meg kell ismernünk őket, hiszen a következő fél évben a munkánk gerince az ágazati előterjesztéseknek az átbeszélése, vizsgálata, minősítése, kezelése lesz.

Június 30-án nem lesz bizottsági ülés, tehát a jövő hét után nem lesz bizottsági ülés, köztársaságielnök-választás van, bár előző nap történik, de ha harmadik fordulóra kerül sor, akkor pontosan a bizottság idejébe esik, tehát úgy gondolom, hogy ne tartsunk bizottsági ülést. Július 7-én pedig kihelyezett ülést tartanánk, amennyiben a bizottság ebben egyetért, méghozzá Kaposvárott. Heintz Tamás képviselőtársam fog erről néhány szót szólni, hogy milyen programot terveznek.

DR. HEINTZ TAMÁS (Fidesz): Köszönöm a szót. Tisztelt Bizottság! Nagyon röviden: két témát javasolnánk a bizottságnak, a választási lehetőség a miénk. Az egyik a „Válts életmódot, életet menthetsz!” című primer prevenció és projekt, egy életmódváltó programnak a bemutatása, amelynek az a lényege, hogy ez egy stabil orvosi és kórházi, háziorvosi, szakorvosi háttérrel rendelkező szakmai program, ahol az egészségügy szereplői a gazdái a projektnek, melyben az életmód-tanácsadáson, dietetikuson, gyógytornászon és pszichológuson túl a rendszerben benne vannak nyilván az előbb említett szakmák orvosai, és a szervezett közösséget teremtő és közös testmozgást biztosító szolgáltatók és a vállalkozások is, a civil szervezetek is be vannak vonva a rendszerbe.

Csak egy elemet erről: az egyik szponzor, aki sportszer- és sportruházat-árusítással foglalkozik, egy nagyáruház Kaposváron, ő felajánlotta azt, hogy az év végéig tartó első félévi programban kétszer annyi százalék árengedményt ad minden sportruházatból és sportszerből, amit nála vesznek, mint ahány kilót lefogyott az illető. Majd dolgozzuk ki azt a normál testsúlyú edzetlenekre, hogy ők milyen biológiai mutató felmutatásával kaphatnak majd kedvezményt, mert a soványaknak ez diszkriminatív.

A másik program, a másik javaslat pedig annak a bemutatása, hogy hol tart most a kórházunk, a Kaposi Mór oktató kórház, miért nem indult még meg a kórház közel 13 milliárdos EU-projektjének az építkezése, nálunk is az áfa-problémáktól kezdve a több éves tervezés-elmaradások miatt milliárdos nagyságrendű bajok vannak, illetve egy alulfinanszírozott kórház hétköznapi súlyponti kórház keretében. Ez a két téma lenne.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Tehát egy kaposvári megyei kórház és háziorvosi közös projektnek a keretében történne ezeknek a kérdéseknek a tárgyalása. Ami nagyon aktuális kérdés, én ismerem úgy messziről rálátásban ezt a kapcsolatrendszert, érdemes tanulmányozni. Természetesen a kihelyezett ülésre a szállítást busszal biztosítjuk, és remélem, hogy a bizottság fogadásához méltó körülményeket tud majd a képviselő úr ott a helyi hatóságokkal, a nagy emberekkel együtt szervezni nekünk.

Tisztelt Bizottság! Van-e még az egyebek között? Tessék, Horváth Zsolt képviselő úr!

DR. HORVÁTH ZSOLT (Fidesz): Nem akartam a pszichiátriával kapcsolatos vitát megszakítani vele. Felvetődött az a kérdés, hogy egy pszichiátriai osztályt meglátogatna a bizottság. Én Kecskemétet tudom javasolni, könnyen megközelíthető, egy komplex pszichiátriai osztály van, ami elég elismert az országban, és Gáborral együtt szívesen meghívjuk a bizottságot. Talán egy picit jobb helyzetet látunk, mint az országos átlag, de azért az még mindig nem baj.

ELNÖK: Köszönöm szépen. A tavaszi ciklusnak az utolsó bizottsági ülésén előterjesztjük a következő félév, az őszi időszakra tervezett programot. Azért ilyen későn, mert tegnap egyeztettem Szócska Miklós államtitkár úrral, és körülbelül most már képen vagyunk a várható előterjesztéseket illetően, és a programunkat ahhoz kell igazítani. De úgy gondolom, hogy két hét múlva összeáll az őszi időszakra tervezett program, és akkor természetesen azt itt vitára fogom bocsátani.

Nagyon sok dolog lenne még az egyebek között, de most nem terhelném ezzel a bizottságot, az államtitkári bemutatkozásor lesz majd arra mód – rövidebb ülésre számítunk -, hogy ezt részletezzük. Köszönöm szépen mindenkinek a megjelenést, és a jövő héten találkozunk, utána szünet.

*(Az ülés végének időpontja: 12 óra 34 perc)*

**Dr. Mikola István**  
a bizottság elnöke

**Jegyzőkönyvvezető:** Pavlánszky Éva