



EGB-14/2010.
(EGB-14/2010-2014.)

J e g y z ő k ö n y v *

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2010. november 10-én, szerdán, 12 óra 14 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

**A jegyzőkönyv eredeti hitelesített példánya az Országgyűlés Levéltárában megtalálható.*

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, a napirend elfogadása</i>	6
<i>A Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló T/1498. számú törvényjavaslat</i>	6
<i>Az Állami Számvevőszék 1498/1. számú véleménye a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetési javaslatáról</i>	6
<i>Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) bevezetője</i>	7
<i>Nesztor Tamás főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium) bevezetője</i>	7
<i>Zakar László számvevő tanácsos (Állami Számvevőszék) kiegészítése</i>	10
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	11
<i>Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai az elhangzottakra</i>	22
<i>Határozathozatal az általános vitára való alkalmasságról</i>	29
<i>A hazai alkoholfogyasztási és dohányzási helyzet értékelése</i>	29
<i>Dr. Gyebnár Brigitta főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) előterjesztése az alkoholfogyasztási helyzetről</i>	29
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	32
<i>Dr. Gyebnár Brigitta főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) tájékoztatója a dohányzási helyzetről</i>	35
<i>Dr. Kovács Gábor, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnökének hozzászólása</i>	37
<i>Kérdések, hozzászólások, reagálások</i>	38

Napirendi javaslat

- 1.a) A Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló törvényjavaslat (T/1498. szám)
(Általános vita)
- b) Az Állami Számvevőszék véleménye a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetési javaslatáról (1498/1. szám)
- c) A Költségvetési Tanács véleménye a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetési javaslatáról (1498/2. szám)
2. Uniós elnökség, egészségügyi prioritások
3. A hazai alkoholfogyasztási és dohányzási helyzet értékelése
4. Egyebek

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

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

Dr. Gyenes Géza (Jobbik), a bizottság alelnöke
Dr. Daher Pierre (Fidesz)
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. Nagy Kálmán (KDNP)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Kovács Tibor (MSZP)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)
Szilágyi László (LMP)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Pesti Imre (Fidesz) dr. Mikola Istvánnak (Fidesz)
Dr. Heintz Tamás (Fidesz) távozása után dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)
Dr. Iván László (Fidesz) megérkezéséig dr. Daher Pierre-nek (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz) dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz) Jánosiné dr. Bene Ildikónak (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz) dr. Horváth Zsoltnak (Fidesz)
Hegedűs Tamás (Jobbik) dr. Gyenes Gézának (Jobbik)

Meghívottak részéről

Hozzászólók

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Nesztor Tamás főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium)
Dr. Borissza Gyula főosztályvezető-helyettes (Nemzetgazdasági Minisztérium)
Zakar László számvevő tanácsos (Állami Számvevőszék)
Dr. Gyebnár Brigitta főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Dr. Kovács Gábor, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke

Megjelentek

Somogyi Andrea osztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium)
Dr. Pálfi György Simon ügyintéző (Nemzetgazdasági Minisztérium)

(Az ülés kezdetének időpontja: 12 óra 14 perc)

Elnöki bevezető, a napirend elfogadása

DR. MIKOLA ISTVÁN (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Jó napot kívánok mindenkinek! Tisztelettel köszöntöm az Egészségügyi bizottság ülésén megjelenteket, a képviselő urakat. Köszöntöm kedves vendégeinket, közöttük is kiemelten a kormányzat képviselőit.

Tisztelettel köszöntöm a Nemzeti Erőforrás Minisztérium részéről megjelent dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat, a Nemzetgazdasági Minisztérium részéről megjelent Nesztor Tamás főosztályvezető urat, Borissza Gyula főosztályvezető-helyettes urat, Somogyi Andrea osztályvezető asszonyt, dr. Pálfi György Simon ügyintéző urat. Köszöntöm az Állami Számvevőszék részéről megjelent Zakar László számvevő tanácsos urat és kollégáit, és a második napirendi ponthoz megjelenteket is. Őket majd a második napirendi pontnál külön fogom köszönteni.

Megállapítom, hogy határozatképes az Egészségügyi bizottság. Megkérdem, van-e valakinek napirend előtti felszólalnivalója. *(Nincs jelzés.)* Ha nincs, akkor szeretnék annyit mondani, hogy elnézést kérek a kormányzat oldaláról megjelentektől is és kedves vendégeinktől is, egy szavazási technikai probléma miatt nagyon elcsúszott az Országgyűlés ülése, de kétharmados szavazások voltak, úgyhogy mindannyiunk számára kötelező volt a részvétel. Ezért kezdjük később a mostani bizottsági ülést.

Szeretném bejelenteni, hogy az egyik napirend elmarad a kormányzattal történt megállapodás értelmében, nevezetesen az uniós elnökség, egészségügyi prioritások címen jelzett második napirendi pontot elhagyjuk. A másik kettőt szeretnék abszolválni, ezért mindenkit arra kérek, hogy természetesen aktívan részt véve a vitában, de minél tömörebben próbálja majd a megnyilatkozásait megfogalmazni, ugyanis tudomásom van arról, hogy több bizottsági tagnak más bizottsági ülésekre is kell menni. De egy olyan fontos kérdéstről van szó, az első napirendi pontra gondolok, a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről, ennek az általános vitára való alkalmasságáról, hogy nagyon fontos, hogy ebben a kérdésben itt, ezen az ülésen, a mai napon állást tudjunk foglalni.

Írásban kiküldtük a napirendet. Ha megengedi a képviselő hölgy és a képviselő urak, nem olvasom most ezt fel. Kérdezem, hogy ki ért egyet a napirenddel. *(Szavazás.)* Egyhangúlag egyetértettünk.

Természetesen az előbb hangsúlyoztam, hogy a második napirendi pont elmarad, úgyhogy ha szabad, az egyetértést úgy értelmezem, hogy ezzel a kiegészítéssel történt az elfogadó szavazás.

A Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló T/1498. számú törvényjavaslat

Az Állami Számvevőszék 1498/1. számú véleménye a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetési javaslatáról

Bejelentem akkor az első napirendi pontot, a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló törvényjavaslatot, amelyet T/1498. számon nyújtottak be. Általános vita folyik, mint az előbb említettem, az általános vitára való alkalmasságról folyik a napirend tárgyalása. Kérdezem a Nemzeti Erőforrás Minisztérium részéről megjelent dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat, óhajt-e kiegészítést tenni, értelmezést vagy bármit előadni.

Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) bevezetője

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Képviselő Asszony, Képviselő Urak! Tisztelt Vendégek! Köszönjük szépen a lehetőséget, csak röviden szeretnék néhány kommentárt fűzni a nyilván alapos vitában majd megtárgyalandó, és most tényleg csak általános szinten értelmezendő helyzethez.

Eleve azt az örökölt helyzetet kell röviden felvázolni, amit az új ágazati vezetés év közben kapott, azt a 2009. évi költségvetést, amelyikben a jelentős módon csökkent munkáltatói járulék következtében 100 milliárd forint fölé nőtt az Alap deficitje. Számos áthúzódó tétel rontotta a 2010. évi költségvetést, végül is, ami a nagyon korrekt és a Nemzetgazdasági Minisztériummal nagyon kitartóan és hosszan folytatott tárgyalások mentén ezek egy része a bázis tervezésekor levonásra került, de gyakorlatilag az az egy hónap plusz a fekvőbeteg és járóbeteg-ellátásban végül is a tervezésnél figyelembevételre került. Ennek alapján tehát a bruttó 2-3 százalékos növekedés, ami valóban látszólag nem egy nagy összeg, ehelyett igazából a már zajló salátatörvény és ahhoz kapcsolódó kormányrendeletek és 2011. évi finanszírozás kapcsán körülbelül döntően a gyógyító-megelőző ellátásban 9 százalékos többlet kiosztásával voltunk elfoglalva az elmúlt napokban, éjszakákban, hogy ezek is elkészüljenek.

Nyilván a vélemények elhangoznak majd az ÁSZ, illetve az egyéb felek részéről, azokra is köszönettel reflektálunk, és akkor az ágazati költségvetés és az E. Alap kapcsán is, ha kell, tudunk a kérdésekre válaszolni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, helyettes államtitkár úr. Kérdezem, a Nemzetgazdasági Minisztérium részéről jelen lévők, ki óhajt esetleg kiegészítést tenni.

Nesztor Tamás főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium) bevezetője

NESZTOR TAMÁS főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium): Nesztor Tamás vagyok, én a társadalombiztosítási alapok főosztályának vagyok a frissen kinevezett vezetője, ezért alapvetően a TB-alapok oldaláról tudnám vázolni a 2011-es költségvetés alapvető számait és konstrukcióit, és az idő rövidegére tekintettel, miután a TB-alapok tekintetében nekem a szociális bizottságban is egy jelenésem lesz és a nyugdíjalap izgalmasabb vagy legalább ilyen izgalmas kérdéseket vet fel, mint ami itt van, ami itt felmerül...

ELNÖK: Legalább!

NESZTOR TAMÁS főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium):... és nyilvánvalóan ott is fel kell az álláspontokat és az elképzeléseket valamilyen módon vázolni, én az általános keretokről nem beszélnék, de ha elnök úr megengedné, akkor belevágnék a TB-alap oldaláról történő fiskális pályának a rövid ismertetésébe. Megtehetem?

ELNÖK: Igen, természetesen. Tessék, főosztályvezető úr!

NESZTOR TAMÁS főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium): Köszönöm. Ha egy szóval kellene jellemezni kifejezetten fiskális oldalról a pályát, azt lehet mondani, hogy ez a viszonylag szűk mezsgye, ami adódik 2011-re vonatkozólag, ez alapvetően egy konszolidációs költségvetést tesz lehetővé, amelynek a tartalommal való kitöltése bizony, elég fontos intézkedéseket és nagyon pontos szabályozást és az Alap folyamatainak, a finanszírozási folyamatoknak az évközi, nagyon pontos nyomon követését feltételezi.

El kell mondanom, hogy alapvető konstrukcionális változásokra ez a pálya sem adott alkalmat, a másik oldalról a bevételi meghatározottság miatt sem, sem újabb források különlegesen nem vonhatók be új konstrukciók bevezetésére, amit egyébként a szaktárca javasolt és próbált is, hogy újabb források legyenek a kiadási oldal megalapozottságára. Ezt nem sikerült – hogy úgy mondjam – ebben a költségvetésben, általában közismert okok miatt érvényesíteni.

Az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi költségvetése bevételi oldalról, a munkáltatói és biztosított járulékbevételek oldaláról a tervezett keresetkiáramlás 1,9 százalékaival, az adó- és járulékszabályok kisebb változtatásával, a foglalkoztatási és biztosított járulékmérték változatlanságával, tehát 2-6 százalékkal számol, és az előbbiek alapján a munkáltatói járulékbevételeket 595,7 milliárd forinttal irányozza elő.

Az egészségügyi hozzájárulás összegében a 35,9 milliárd forinttal számol a költségvetés. Ez az összes bevételnek mintegy 2,6 százalékát teszi ki, a tételes egészségügyi hozzájárulás 2010. január 1-jétől megszűnt, ezért a tervezéskor csak a százalékos egészségügyi hozzájárulás került figyelembevételre.

Az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegét, amit a magánszemélyek fizetnek, az 5100 forint/főre változott a törvényi előírásoknak és a tervezett inflációnak megfelelően. Az összes járulék és hozzájárulás bevételi összege 675,4 milliárd forint, és ezek után igen tetemes maradt – mint ahogy majd a bevételi össz számból kiderül – a központi költségvetésből járulék címen átvett pénzeszköz. Ennek az előirányzata 637 milliárd forint, amely mintegy 25 milliárd forinttal haladja meg az idei, 2010. évi előirányzatot. Alapvetően az egészségügyi szolgáltatási járulék összegének a változása miatt.

Az összes bevétel az Egészségbiztosítási Alap 2011. évre javasolt költségvetésében 1370,1 milliárd forint. Ez körülbelül nagyjából mire elegendő?

Kiadási oldalon értelemszerűen számítva egy 98,1 milliárd forintos elviselhető és finanszírozható deficittel, 1468,2 milliárd forintos mezszye, keret lehetőség adódik nominális értékben természetesen a társadalombiztosítás egészségügyi finanszírozására kiadási oldalról. Nem újdonság, hogy a legnagyobb előirányzat-csoportot a természetbeni ellátások adják.

Ezen belül a gyógyító-megelőző ellátásra 770,1 milliárd forint jut, ami a 2010. évi eredeti előirányzatot csak 12,5 milliárd forinttal haladja meg. Ezen belül történő keretek jelzik majd a konszolidáció irányait, gondoljuk mi, de ennek a szakmai részéről majd kollégám is, illetve feltételezem, hogy a szaktárca is részletesebben beszél. Egy-két dolgot azért kiemelnek belőle.

Hozzá kell tenni, hogy a 770 milliárd forint a 2009. évi tényleges kiadásoknál azért 50 milliárd forinttal több. A gyógyító-megelőző ellátás jövő évi előirányzata 14 milliárd forint összegben tartalmaz fejlesztéseket, többletforrásokat. Ebben a 14 milliárd forintban olyan új dolgok vannak valójában, ha úgy tetszik, konszolidációs jellegű, illetve többletkapacitás-befogadásokra ad lehetőséget, így az Új Magyarország Fejlesztési Tervben mintegy 5,5 milliárd forintot tud többletkapacitásban elfogadni. Ebből a járóbeteg-szakellátásra a számítások szerint 2,1 milliárd forint, a fekvőbeteg-szakellátásra 2,6 milliárd forint jut, kisebb tételekként a művesekezelés 0,2 milliárd forint, az otthoni szakápolás 0,2 milliárd forint és a laboratóriumi ellátás 0,4 milliárd forintnyi kapacitástöbblet-befogadásra ad lehetőséget.

Ennek a 14 milliárd forint összegnek a következő tétele az alapellátás belül a háziorvosi ellátásnál a 3,2 milliárd forint, amely a részleges teljesítményarányos díjazás folytatásához nyújt csak egyelőre forrásokat. A mentés előirányzata az Alapból történő finanszírozásban 2,1 milliárd forintot ad az üzemanyagárak emelkedésének részben elismerésére, a járműpark részbeni amortizációs költségeire, valamint a prehospitalis sürgősségi ellátás szakmai színvonalát növelő bizonyos előrelépések biztosítására.

A cél előirányzatoknál 1,6 milliárd forint többlettel számolunk, amelyből 1,4 milliárd forint az új eszköz- és ingatlantámogatási rendszer bevezetésére, 0,2 milliárd forint pedig a

méltányossági alapon történő térítések fejlesztésére szolgál. Ezek természetesen a szaktárca szakmai egyeztetése alapján adott, ha úgy tetszik, kompromisszumos értékek.

Az összevont szakellátáson belül a krónikus fekvőbeteg-szakellátásnál 1 milliárd forintot tudunk biztosítani a rehabilitációs ellátás fejlesztésére.

A teljesítés és a finanszírozás közötti, a három hónapról két hónapra történő csökkentési folyamat a 2010. évben a járóbeteg- és a fekvőbeteg-szakellátás elszámolásában megtörtént, a tervek szerint 2011-ben egyéb ellátásoknál, így a fogászati ellátásnál és az otthoni szakápolásnál is folytatódik, hogy valójában valamilyen szinten normatív, azonos elvek szerint történjen a teljesítmények és a finanszírozás összhangja.

Nagyon fontos, és azt hiszem, hogy ez majd adott esetben a részletes vitában is fontos terület lesz, valamilyen szinten új kategóriaként jelenik meg, hogy a költségvetési törvényben az előbbieken felül 15 milliárd forint céltartalékot hoz létre a költségvetés, amely a természetbeni ellátások általános céltartaléka lesz. Így az év folyamán összességében, amennyiben a céltartalékok a gyógyító-megelőző ellátáson kerülnek felhasználásra, és ennek a céltartaléknak meglehetősen szigorú szabályai vannak, hogy melyik kasszán milyen fajta – hogy úgy mondjam – intézkedések hatására, hol lehet nagyon megtakarításokat elérni, ezzel valójában ez a 15 milliárd forint az évközi intervenciók sikerességét feltételezve, 785 milliárd 120 millió forintra emelheti a gyógyító-megelőző ellátásnak a költségi lehetőségét vagy kereteit, ahogy a költségvetés most ezt látja.

A gyógyszer-támogatás együttes előirányzata 343,5 milliárd forint. Hozzá kell tennem, hogy ez a 2009. évi előirányzattal megegyező. Ezen belül a gyógyszer-támogatás kiadási előirányzataira 297,2 milliárd forint, a gyógyszer-támogatási céltartalékokra 31 milliárd, a gyógyszerkiadásra 10,2 milliárd forint, méltányossági gyógyszer-támogatásra 5,1 milliárd forinttal számolunk.

Ki kell emelni, hogy a gyógyszer-támogatási kiadási előirányzat kialakításánál a gyógyszer-támogatást érintő 2010. évi intézkedések, a generikus program 2011. évben is várt megtakarítást eredményező és kiadásokat csökkentő intézkedések hatása, valamint az előző évi várható kiadás került figyelembevételre. El kell mondanom, hogy igen nagy feladat vár a szakmára abban, hogy a gyógyszer-támogatás ilyen éves előirányzata mellett olyan intézkedéseket tudjon hozni, amely kedvező és immár érvényesíthető és érezhető megtakarításokat eredményezzen ezen a területen a jelentősebb érdekek sérelme nélkül, és lehetőleg természetesen a lakosság nagyobb terhelése nélkül.

A gyógyászati segédeszköz támogatás 2011. évi előirányzata valójában a 44,8 milliárddal az ez évi várható szintet éri el, valójában a 2010. évi folyamatok a gyógyászati segédeszköz támogatásban azt jelzik, hogy körülbelül ez a keret reális. Azt kell mondanom, hogy talán ez a legreálisabb kerete a most benyújtott költségvetésnek.

A pénzbeli ellátások aránya az összes kiadáson belül 15,8 százalék, az egyes előirányzatok tervezésénél a makrogazdasági paraméterek hatása, egyéb speciális tényezők, tehát a táppénzes arányszám és így tovább, valamint az elmúlt évek kiadási tendenciái kerültek figyelembevételre.

A működési kiadásokról azért nem beszélnek, mert ebben a tekintetben várható a kormányhivatalok és az igazgatási szervek átalakítása miatt egy változás, ami a keretösszegeknél azt jelenti, hogy feltehetően nem a társadalombiztosítás alapjainál fog előirányzatként megjelenni, pénzeszköz-átadással fogja adott esetben az Alap ezeket teljesíteni a megfelelő minisztériumi előirányzatokra. Erről többet most nem tudnék mondani.

Azzal zárnam le a tényleg rövid és kifejezetten a TB-alap kereteit taglaló kis bevezetést, hogy valójában az alapkoncepciókat, a finanszírozás alapkoncepcióit tekintve, de az intézkedés koncepcióit tekintve is az előző évekhez képest szignifikáns változás nincs. Valójában ezeken a koncepciókon belül kellene azt a konszolidációs folyamatot egy új szemlélettel és lehetőleg hatékonyságot az év folyamán is folyamatosan mérő intézkedésekkel

alátámasztani, mint ami mondjuk 2010-ben rendelkezésre állt. Ez utóbbi alatt azt értem, hogy természetesen a helyzethez, a folyamatokhoz, a finanszírozási igényekhez igazítottan a nemzeti erőforrás miniszter, valamint a nemzetgazdasági miniszter egyetértésével a természetbeni ellátások zárt kasszái között az indokoltságnak megfelelően átcsoportosítások kezdeményezhetők, és ezek az átcsoportosítások valójában a három kassza együttmozgását is tudják biztosítani. Köszönöm szépen.

Elnézést kérek, a kollégám itt marad, minden kérdésre válaszol, rohannom kell a szociális bizottságba.

ELNÖK: Köszönöm Nesztor Tamás főosztályvezető úrnak. Kérem az Állami Számvevőszék részéről Zakar László számvevő tanácsos urat, ugyancsak, ha óhajtja, egészítse ki az előterjesztést.

Zakar László számvevő tanácsos (Állami Számvevőszék) kiegészítése

ZAKAR LÁSZLÓ számvevő tanácsos (Állami Számvevőszék): Köszönöm szépen. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Hölgy és Urak! Tisztelt Meghívottak! Az Állami Számvevőszék törvényi kötelezettségének megfelelően elkészítette a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetési törvényjavaslatáról szóló véleményét. Tekintettel arra, hogy a véleményt közzétettük, ezért az abban leírtakat nem kívánom megismételni. Néhány fontosabb megállapításunkra szeretném felhívni a figyelmet.

A 2011. évi költségvetési törvényjavaslat ÁSZ-véleményének kialakítására rendkívül rövid idő állt rendelkezésre. Évek óta visszatérő problémánk, hogy a törvényjavaslat benyújtásának időpontjában az előirányzatokat megalapozó egyes jogszabályok még nem voltak hatályosak, néhány esetben még tervezet szinten sem álltak rendelkezésünkre.

A költségvetési dokumentum normaszövege, indoklása az egyszerűsítés, áttekinthetőség irányába változott. Azonban a dokumentumban a költségvetési évet követő három év várható előirányzatai nem szerepelnek, továbbá a 2010. évi várható adatok sem jelennek meg.

Indokoltnak tartjuk az éves központi költségvetés szerkezetét, tartalmát és annak kialakításában részt vevő szervezetek feladatait törvényi szinten szabályozni. A központi költségvetés intézményi struktúrájában a kormány intézkedései jelentős szervezeti változásokat, illetve hatásköri átrendezéseket eredményeztek. A minisztériumok tervező munkáját jelentős mértékben befolyásolta, hogy a szervezet-átalakítási folyamatok nem zárultak le. A fejezeti kezelésű előirányzatoknál a tervező szervek mozgásterét szűkítették.

A bizottság feladatkörébe tartozó Nemzeti Erőforrás Minisztérium egyes előirányzatainál további többlet-előirányzatokról a helyszíni ellenőrzés ideje alatt még tárgyalások folytak. A benyújtott törvényjavaslat a fejezetre vonatkozóan módosult. A helyszíni ellenőrzés lezárását követően az igazgatási cím előirányzata csökken, míg a fejezeti kezelésű előirányzatok esetében további többlettámogatást tartalmazott. A változás tartalmára, okaira, megalapozottságára vonatkozóan nem rendelkezünk információval.

A társadalombiztosítás pénzügyi alapjai közül a bizottság feladatkörébe tartozó Egészségbiztosítási Alap 2011. évi bevételi és kiadási főösszege növekszik a 2010. évi várható teljesítéshez képest.

Az Egészségbiztosítási Alap 2011. évre tervezett bevételi főösszegének teljesítését az ÁSZ nem tartja kockázatosnak. A tervezett kiadási szint mellett az egészségügyi feladatellátásban a megelőző két évhez viszonyítva kevesebb feszültségpontra számíthatunk.

A kiadás egy jogcímcsoport esetében hordoz jelentősebb kockázatot. A gyógyszer-támogatás kiadásaira fordítható előirányzat betarthatóságához racionalizálásra, és akár megszorító intézkedésre van szükség.

A 2011. évben tervezett működési kiadásoknál úgy látszik, mintha a kormányhivatalokba történő integrálódás nem érintené az alapkezelő szervezetet. Az Alap tervezett hiánya 2011-ben nagyságrendileg megegyezik a 2010. évi várható deficittel.

Az Egészségbiztosítási Alap 2009 óta tartósan és jelentős mértékben nincs egyensúlyban. Ennek kapcsán a véleményünkben javaslatot fogalmaztunk meg az egészségügyi ellátórendszer koncepciójának meghatározására, az egészségügyi finanszírozás stabil, kiszámítható és objektív rendszerének kialakítására vonatkozóan. Köszönöm a figyelmet.

ELNÖK: Köszönöm szépen számvevő tanácsos úrnak, Zakar László úrnak. Szeretném jelezni, hogy bár előzetesen jelezte a megjelenését Kopits György elnök úr, a Költségvetési Tanács elnöke, de a tegnapi napon kimentette magát, torlódnak az ő programjai is.

Köszönöm szépen az előterjesztőknek a kiegészítéseket, és akkor megkérdezem a bizottság tagjait, ki kíván kérdést feltenni, megjegyzést tenni, ha lehet, akkor egy körben fogjuk a vitát folytatni. Természetesen, ha igény van rá, akkor második kört is fogunk tartani. Iván László képviselő úr!

Kérdések, hozzászólások

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Néhány kérdésem lenne: számszaki dolgok, valószínűleg az én dilettantizmusomhoz kapcsolódik, hogy nem tudom, hogy pontosan mit jelentenek, de azért megkérdezem.

Az első alapvető kérdésem, hogy a 2010-es előirányzat és a 2011-es előirányzat gyakorlatilag számomra még nem eléggé értelmezhető, hiszen nem zártuk le az évet, nem tudjuk, hogy ennek az évnek, a 2010-es előirányzatnak mi lesz a végeredménye. Ennek alapján végig az összes kolumnán alapvető kérdésem, hogy akkor a 2011-es előirányzat milyen racionális alapokon és milyen biztonságos számszaki háttérrel rendelkezik? Ez az első összefoglaló kérdésem.

A másik viszont néhány alapkérdés, hogy a tervezett hiányhoz viszonyítottan - konkrétan mindjárt az összefoglaló lapon látható – a mínusz 53 milliárd 408 millióhoz a 98 milliárd hiány előrejelzés miből áll össze?

A következő kérdésem már a XXI. fejezetben, a kiadás előirányzatban nem szerepel a 2011-es előirányzat az Egészségügyi Minisztérium részére. Azt viszont látjuk, hogy folyamatosan 2008-tól 2009-en keresztül csökken az az előirányzat. További kérdésem lenne, hogy az országos rehabilitáció és szociális szakintézeti első menetben 2011-re tervezett előirányzat és a következőkben már egy másik fejezet részben jelentkező rehabilitációs előirányzat között mi a különbség. Itt egy új előirányzat szerepel, ez a bizonyos – amit említettem – országos rehabilitáció és szociális szakintézet. És akkor van még egy rehabilitációs bejegyzés – mindjárt megtalálom, csak itt a lapok között keresgélek -, annak viszont van 2008-as, 2009-es tétele, hogy a kétféle rehabilitációs fejezet rész és ennek az előretervezése között milyen összefüggés lehet. Most lehet, hogy az ORSZI és az országos, újonnan kialakítandó intézet beruházása került az egyikbe, nem tudom, de szeretném feltenni ezt a kérdést.

További kérdésem lenne, ez csak egy ilyen minősítő megjegyzésem, a „terhességi” kifejezést általában már nem használjuk, tehát a „terhesség” helyett inkább a „várandósságot”. Tehát szeretném, ha ezekben a táblázatokban már megjelenne a mégiscsak elfogadhatóbb kifejezés.

További kérdésem, hogy a gondozóintézeti gondozás előrejelzése és az összevont szakellátások között van-e valamiféle átfedés. Nem egészen tudom értelmezni. Másrészt

pedig a gondozóintézeti gondozás, az otthoni szakápolás és az összevont szakellátásokban ezek milyen tétellel, hogyan szerepelnek és vannak-e átfedések, még egy kérdésem ugyanez.

További kérdés: az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet rekonstrukciója, ami egy elég nagy tétellel szerepel, és akkor az előbb említett fejezet rész közötti összefüggés, ami először kerül 2011-re befogadásra vagy tervezetbe.

Azt hiszem, hogy még egy utolsó kérdésként: az egyéb kiadások, az egészségbiztosítás egyéb kiadásai címszó alatt mit fednek? Elég nagy tételként szerepel. Ennek mi a háttere és mi az indoka? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Ki kíván szólni? Garai István Levente képviselő úr!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Alelnök úr hamarabb jelentkezett, átadom a szót. *(Dr. Gyenes Géza: Nem, nem, tessék!)* Jó. Akkor köszönöm szépen.

Elnézést kérek, hogy egy félklasszikust kell idézni, mentsük meg az egészségügyet és azonnal új költségvetés lesz majd. Ez elhangzott kora tavasszal. Ehhez képest most nyilván van egy törvényes költségvetésünk, mellyel szemben számos fenntartásunk van.

Többször elhangzott, hogy az egészségügy komoly problémákkal küszködik. Volt itt már szó transzfúzióról, sokktalanításról, lélegeztetőgépről, szerintem még egy gyenge beöntésnek is kevés ez a költségvetés, elnézést kérek ezért.

A költségvetés mindig az igazság pillanata, mert ott bizonyos számokat közzé kell tenni, és a matematika szabályait talán még a politika sem tudja felülmúlni. Persze, mondhatnánk azt, hogy a remény hal meg utoljára és a hit, itt előttem vannak az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásai. Remélem, nem azért van itt egy jelentős növekedés a hitéleti tevékenységnél, 26 milliárdról 41 milliárdra, ami egy 50 százalékos növekmény, hogy ebben reménykedjünk, hogy hátha egyszer jobb lesz az egészségügynek, és ezt a forrást a remények táplálására lehet majd felhasználni az effektív cselekedetek helyett.

Az a gondom, hogy ebből a költségvetésből nyilván sem direkt, sem indirekt módon, semmilyen olyan pozitív struktúraváltás költségvetési forrása nem látható, amiről szó volt a különböző szakmai fórumokon, akár itt a bizottsági üléseken ezt megfogalmaztuk, sem pedig különböző ígéreteknek, sem – elnézést a kifejezésért – ígéretéseknek a hátterét, költségvetési forrását sem látom.

Nem látom továbbra sem, hogy a kórházkonszolidációnak mi lesz a sorsa, 27,5 milliárd forintnál tartunk. Elnézést kérek, hogy megint visszautalok egy számra, az 53 milliárd forintra, ami tavaly késő ősszel és most kora tavasszal 6, milliárd, 4,5 és 42,5 milliárd forint formájában rendelkezésre állt. Akkor arra kedves politikustársaim egy jelentős része annyit mondott, hogy nem ér semmit, nagyon kevés, sokkal több kellene, hát most van 27,5 milliárd.

Augusztusi adat, Szócska államtitkár úr is 40 milliárd forintos lejárt kórházi adósságállományról tájékoztatott bennünket, ami az év végére különböző szakértők szerint 70 milliárdra fog felemelkedni. Ha azt nézem, amiről itt az előbb szó volt, hogy a 770 milliárd plusz 12 plusz 15, tehát az a többletforrás, ami virtuálisan vagy valóságosan rendelkezésünkre fog állni, ez még arra sem elegendő, hogy a kórházi adósságállományt valamilyen formában menedzselni lehetne.

Nyilván nem szöveges formában, de a számok nyelvén valamilyen módon lehetne arra is hivatkozni, hogy mi lesz az ára az intézményi szintű struktúraváltásoknak, mert ez nyilván bizonyos fajta kiadással jár. Ne értsék félre, képviselőtársaim, rengeteget problémáztunk az utóbbi napokban, egy-két hétben, hogy ilyen komoly költségvetési bevételeket fogalmazott meg a kormányzat, akár a magánnyugdíjpénztárakra gondolok, akár a különböző extraadókra, és így tovább. Nem akarok ennek az alkotmányosságába, jogszerűségébe belemenni, de mint az Egészségügyi bizottság tagja, és mint orvos azt mondom, hogy no, tételezzük fel, hogy ez a

hatalmas pénz befolyik. Ami jó lenne, mert gyakorlatilag olyan 1000 milliárdos tétel körül járunk, ha mindent összeadunk. Lehet, hogy tévedek, de szerintem nem olyan sokat.

Ha nekünk akkora érdekérvényesítő képességünk van csak, itt nekünk mindannyiunknak, hogy a 770 milliárdot meg tudjuk fejelni 12 milliárddal meg 15 milliárddal ehhez a hatalmas nagy bevételhez képest, hú, akkor azt mondom, hogy akkor elő kellene venni a fecskendőket, meg a szikéket meg nem tudom, micsodát, hogy egy kicsit hatékonyabbnak tűnjön a tevékenységünk.

A továbbiakban: napirenden van, legalábbis sajtószenen és különböző források szintjén az, hogy a különböző egészségügyi intézmények, önkormányzati tulajdonú kórházak, amelyek nem jól vannak menedzselve vagy nagy adóssággal küszködnek, esetleg állami kezelésbe kerülnek. Akkor az adósságállományukkal együtt oda kerülnek, tehát kérdés az, hogy az állam bácsi – elnézést a kifejezésért – milyen költségvetési forrásokból fogja ezt finanszírozni? Nyilván ez sem látszik a költségvetésben.

Életpálya-modell. Fiatal szakorvosok, jól képzett szakorvosaink eltávozása. Éger kolléga említette, teljesen egyetérték a szakorvosi fizetések jelentős emelésével, óradíj-emelésével, több helyen ezt olvastam. Kétségtelen, hogy születtek adminisztratív intézkedések, de anyagi szempontból ezek sajnos, csak látszatintézkedések. Az életpálya-modell vagy az egészségügyi dolgozók karakteres, elvándorlást megakadályozó fizetésemelésének anyagi hátterét ebben a költségvetésben sajnos, nem látom.

Mint aki többek közt az alapellátásban is dolgozott, illetve valamilyen formában még most is dolgozik, ez a 3 százalékos, tehát 79,8 milliárdról 82,5 milliárdra – itt van előttem, azt hiszem, jól idéztem – való forrásnövekedés gyakorlatilag az inflációt alulról súrolja, tehát igazából ez semmilyen előrelépést nem jelent. Ez nekem azért fájó pont, mert elismerve mindenféle problémát és hibát, ami mondjuk 2002 és 2010 között az egészségügy szervezésében, menedzselésében, finanszírozásában megtörtént, azt azért megemlíteném, hogy 2002-ben 43,6 milliárd volt ez a kassa, 2010-ben – mint az előbb említettem – 79,8 milliárd, tehát itt egy jelentős reálérték-növekedés volt.

Ezen túlmenően többször leszögeztük azt - azt hiszem, a legutóbbi bizottsági ülésen is -, hogy az alapellátásnak óriási jelentősége van az egészségügyi struktúraváltás szempontjából. Egyrészt a betegközeli definitív ellátásra gondolok, másrészt nyilvánvalóan a különböző primer prevencióra és sok minden másra, ami a betegek szempontjából alapvető jelentőségű, és a betegek szempontjából alapvető jelentőségű, és utána ikszedik helyen azért azt mondom, hogy ez egy elég jelentős költségkiváltó tényező, mert drágább egészségügyi ellátásokat lehet vele kiváltani. Ebből a pluszforrásból, ami itt most rendelkezésre áll, nem gondolnám, hogy dimenziószerűen ebben a kérdésben előre lehetne lépni.

Itt a gyógyszerfinanszírozás problematikájára is kitérnék, ez a 343,5 milliárd – most nem megyek vissza 2001-2002-re...

ELNÖK: De nyugodtan, javaslom is. *(Derültség.)*

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Nem, hagyjuk. Tehát ez vagy elég lesz, vagy nem lesz elég. Tehát mint szó volt róla, ez a 2009-es keretnek felel meg, és van egy olyan kitétel benne, ami gyakorló orvosok számára talán nem annyira szimpatikus, és nem volt szimpatikus az elmúlt időszakban sem, ez a pozitív, negatív ösztönzés az úgymond olcsóbb gyógyszerek felírására, aminek nyilvánvalóan van egy szakmai alapja. Tehát azt mondom, hogy hatékony gyógyszert kell felírni, és természetesen elképzelhető, hogy az olcsóbb hatékony lehet vagy talán még a leghatékonyabb is, tehát senki ne gondolja azt, hogy pont az ellenkezőjére akarok kilyukadni.

Szóval ennek az anyagi ösztönzése gyanús. Gyanús és talán a hippokratészi eskü szövegéhez sem méltó, hogy kollégákat, doktorokat azzal jutalmazunk, hogy olcsóbb

gyógyszereket írjanak fel, főleg még ezt direkt módon meg is fogalmazva. Tehát számomra ez nem szimpatikus, és az a pár milliárd forint, ami így esetleg megtakarítható, ez szerintem nem áll arányban az erkölcsi kockázattal, illetve azzal a szakmai kockázattal is, ami nyilvánvalóan nem tömeges mértékben, de azért előfordulhat, hogy ebből valami egészségügyi probléma merülhet fel valósan vagy virtuálisan, és azt hiszem, hogy akkor ebből mindannyiunk számára csak negatív khatások lehetnek.

Összességében az a véleményem, hogy ebből a költségvetésből nem sejthető ki semmilyen pozitív struktúraváltás és annak költségvetési forrása. A költségvetés a különböző problémákat, kedvezőtlen tendenciákat sajnos, nem oldja meg, jobb esetben konzerválja, rosszabb esetben még ne adj' isten újakat is generál, a régieket helyenként pedig súlyosbítja.

Úgyhogy sajnos, a magam részéről, illetve itt a kollégám nevében is nyilatkozhatok, hogy a szocialista frakció, illetve mint képviselők ezt most nem tudjuk támogatni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Gyenes Géza alelnök úré a szó.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Abból az általánosságból indulok ki, hogy nézetem szerint az állami költségvetés jogának gyakorlása azt jelenti, hogy a törvényhozóknak, azaz az Országgyűlésnek, nem pedig a végrehajtó hatalomnak, a kormánynak, vagy valamelyik miniszternek, fejezetgazdának kell eldönteni azt, hogy mire, mennyi pénz költődik. Én tudom, hogy ez az anyag természetesen egy segédanyag, és így is kell kezelni, csak az a bajom velem, hogy a törvényjavaslatból nem derül ki, hogy a fejezetgazdák egészen pontosan mire fogják költeni ezt a ha így veszem sok, vagy ha úgy veszem, nem túl sok pénzt.

Így az ésszerű részletesség elve is sérül, úgy látom, negligálva van, mondok mindjárt egy példát és mindjárt az egészségügyi költségvetésből szeretnék idézni.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium teljes költségvetési összege 7,6 milliárd forint. Ehhez képest az idetartozó Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalnak az éves költségvetése 8,85 milliárd forint. Ez egy elég megdöbbentő adat, és rögtön megnéztem, és itt sérül a részletesség elve, ugyanis az Egészségügyi Engedélyezési Hivatal, mint hivatalocska, személyi juttatásokra 187 milliót ad ki, munkaadókat terhelő járulékokra 49 milliót, így olyan 220-230 milliónál tartunk, van dologi kiadásra 74,5 millió, hogy mi ez, lényegtelen, biztosan indokolt, és azt mondja, hogy egyéb működési célú kiadások 7 milliárd 906 millió forint.

Tehát itt egyben kérdezem is, szeretném tudni, mint a költségvetés összeállításának jogát gyakorló parlament egyik képviselője, hogy mit jelent ebben a költségvetési helyben ez a hatalmas összeg, amiről gyakorlatilag semmiféle részletet nem látunk, hiszen az egész Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal durván 300 millió forintból működik. Továbbmegyek. Sajnos, azt is jól látom, hogy a minisztériumi struktúra alapvető megváltoztatásából adódóan most az előirányzatok összehasonlíthatatlanokká váltak, ez is komoly problémát jelent, továbbá az előirányzat negligálja az n²-es szabályt, azaz hogy három évre kell látnunk a költségvetés helyzetét, pontosan azért, hogy össze tudjuk hasonlítani.

Megnéztem az Európai Unió költségvetési törvényét, nagyon izgalmas olvasmány, körülbelül 2 ezer oldal, és azt láttam, hogy minden egyes, a költségvetési javaslatban a létszámok is fel vannak tüntetve. A magyar költségvetési javaslatban, és most nemcsak az egészségügyről beszélek, hanem általában, ezt nem nagyon találjuk meg, holott azt hiszem, pont ezek nagyon fontosak lennének. Mondok egy példát: például a Nemzeti Adó- és Vámhivatal körülbelül 73,4 milliárd forintot költhet majd személyi juttatásokra, de hogy ez kire megy, kire nem, nem tudni. Az uniós költségvetésben pontos státuszokra volt, nem

nevekre, de státuszokra bontva, pontosan ott voltak a bérbeállások, tehát világosan lehet látni. Érdekes módon ezt nálunk még nem.

Viszont enélkül a hatékony közpénzkezelés eléggé kérdőjelessé tud válni, legalábbis Magyarországon.

Ezek után az úgynevezett formai kifogások után természetesen az úgynevezett politikai üzenetét is szeretném a költségvetési törvénynek megkritizálni. A munkahelyteremtés áll az első helyen, és ezt maximálisan támogatjuk. Igaz, hogy egy kicsit most fordított az irány, hiszen Matolcsy miniszter úr szerint körülbelül 25-30 ezer köztisztviselőt, közalkalmazottat fog érinteni. Hogy az egészségügyben mennyi elbocsátás lesz, egy olyan ágazatban, ahol elvileg munkaerőhiány van, ez is érdekes és kérdéses. De láttam, illetve hallottam kórházigazgatók nyilatkozatát, hogy a költségvetési elégtelenségek miatt ő egyet tud csak tenni: el fog bocsátani. Ez is érdekes, hogy Magyarországon a be nem töltött státuszok pénze ott marad, és ezt szokták jutalmazásra, erre, arra fordítani általában, holott ennek a pénznek, amit a költségvetési törvényben erre irányoztak elő felhasználni, elvileg annak a pénznek ott kellene maradnia, tehát nem is lehet másra használni, mint csak amire mondták. De ez is egy magyarországi specialitás.

Egy kicsit megpróbálom jobban az egészségügyi költségvetéshez kötni az általános kifogásokat, és a költségvetés politikai szándékai között megint dicséretes, hogy a vállalkozási tevékenységet, a kis- és középvállalkozói tevékenységet serkenteni akarja, és ha megnézzük az egészségügyi költségvetésben szereplő számokat, és azt mondom, hogy az egész alapellátásnak legalább a 90 százalékát nem is közép-, hanem kisvállalkozók látják el, akkor ez a serkentés, ez a segítség bizony, nem nagyon érhető tetten.

Akkor itt hadd beszéljek megint egy kicsit haza, ezért próbáltam például az iparüzési adóval kapcsolatosan felkérni a kormányzatot, ha már pénzt nem adnak, akkor legalább bizonyos fajta könnyítéseket tegyenek, mert ez is jelentősen befolyásolja a kollégák továbbélését.

Nagyon helyes egyébként a munkahelyteremtő program is, és itt megkérdezném, hogy az alapellátásban ahhoz, hogy egy beteg ellátására ne az átlag másfél perc tiszta orvosi idő jusson, hanem mondjuk negyedóra vagy húsz perc, ahhoz munkahelyteremtés gyanánt az alapellátásban a praxislétszámot és összetételt bizony, növelni kellene. Tehát én is úgy látom, hogy ez ilyen megközelítésből is egy picit hiányos, és a részállás-teremtést is kiemeli a kormányzati program. Bizony, elég sok hölgyet el tudnék képzelni az alapellátásban, akik részállásban, akár csak napi négyórás tevékenységben, de nagyon hasznosan tudnák végezni az egészségügyben a dolgukat, főleg, ha azt mondjuk, hogy az alapellátásnak ismét rettentő nagy szerepet szánunk a népegészségügyi, ilyen, olyan megelőző programok levezénylésében, vagy segítségével.

Nagyon örülök az adójogszabályokban a gyermekkedvezménynek. Megmondom őszintén, nem tudom, hogy az a fideszes kollégám, aki a fogyatékos gyerekek adókedvezményének, az egy gyerek után járó kedvezménynek a megemelését velem együtt szorgalmazta, az enyémet elutasították, remélem, hogy az övét nem, de nem tudok róla, majd megtudjuk. De félek egy kicsit attól, hogy például az alapellátásban dolgozó orvosok átlagéletkora 55-56 év körül mozog, félek, hogy a gyermekkedvezményt igen kevés házi orvos fogja tudni realizálni, és ha azt vesszük, hogy a házi orvosoknak a bére, amit maguknak ki tudnak fizetni, az 160 ezer forint körül mozog bruttó, akkor mi a fenét fognak ők kezdeni az adóalap-jóváírással? Még egyszer mondom: én ezt maximálisan üdvözlöm, csak mondom: szerencsétlen alapellátók, akiknek a bővülése még az inflációt követően sem történik, mert egyesek szerint 3,1 milliárd a növekmény, az én számításaim egy kicsit alacsonyabbak, de majd ha odaérek, azt is elmondom, hogy miért.

Nyilván nagy kérdés, hogy az emelés a különböző szinteken - alapellátás, kórházi és járóbeteg-ellátás – hogyan viszonyul az inflációhoz, és azt látom, hogy az alapellátás emelése

bizony, nem követi az inflációt, hanem alatta marad, tehát bizonyos fokig az emelés nem igazán éri el a reálkiadások szintjét.

Nagyon-nagyon örültem, amikor megláttam a költségvetési törvényben itt szóba hozva, hogy pedagógusoknak életpályamodell. Vadul kerestem az egészségügyi költségvetési részben, nincs megemlítve, elég rövidke az egészségügyi rész különösebben, holott nagyon jól tudjuk, hogy egyszerűen az ágazatnak a humán-erő-problémái, létszámgondjai akár az orvosi, akár az ápolói, szakdolgozói vonalon gyakorlatilag kezelhetlenné váltak, tehát nagyon örültünk volna, ha jelképesen is, de ez már az idei költségvetési évben elkezdődik. Tudom, nincs pénz, de azt hiszem, priorizálni kellene mégiscsak, mert ez egy elég fontos kérdés, mert nem fogom tudni, illetve nem tudom, hogy mit fog a kormányzat csinálni akkor – és egy érdekes felmérést itt engedjenek meg, hogy gyorsan elmondjak. Az alapellátók elkezdtek felmérni, hogy hogyan gondolják túlélni ezt a nehéz helyzetet, milyen szándékuk van ennek a túlélésére, és körülbelül a kollégák 40 százaléka, akik a nyugdíjkorhatárt elérték, abból 30-egynéhány százalék vagy 20-egynéhány százalék mondta azt, hogy elmegy nyugdíjba. Ez körülbelül az olyan 1600 körüli, a nyugdíjkorhatárt már elérő házi orvosoknál 4-500 főt jelenthet. Tehát ez elég nagy szám. Képzeld el a kormányzat, és itt az államtitkár-helyettes úr is, hogy mi lenne akkor, ha Magyarországon az amúgy is meglévő létszághiány az alapellátásban ennyire csökken. Van sok alapellátó kolléga, aki még talán nem érte el a nyugdíjkorhatárt, van még 5-6 jó éve, aki azt mondta, hogy ő ki akar menni külföldre, és a maradék 60 százalék egy része csodát vár, reménykedik bármiben, és azt mondja, hogy húzom tovább a rabigát, nem tudok mit tenni. Van, aki azt mondja, hogy többet fogok ügyelni, mert úgyis az a jellemző, a doktorok amúgy is szépen, békésen élnek, későn halnak, jók az életviszonyaik, stb.

No, menjünk tovább. Örömmel láttam, hogy emelik a dohányárak jövedéki adóját, és körülbelül 878 milliárd bevételt szednek. Nyilvánvalóan, amikor odáig fogunk érni, hogy módosítási javaslatokkal fogunk élni a költségvetésben, ahol nemcsak teszegetünk ide, oda, hogy ide kérnék ennyit, oda annyit, hanem meg kell nevezni, hogy honnan, mit, milyen forrásból. Én borzasztóan örülnék, ha az egészségügyben bizonyos ellátási szintekre, éppen a problémák kezelése érdekében, például innen is el lehetne venni. Majd meg fogom várni államtitkár úr válaszát, hogy a 7 milliárdos pluszköltség az egyéb kiadásokra mit jelent, mert ha netán ott lenne lehetőség, akkor onnan is lehetne akár 2-3 milliárdot bármelyik ellátási szintre, de akár az alapellátásra fordítani.

Egy-két figyelemfelhívó dolgot szeretnék most még mondani. A bírák, ügyvédek, ügyészek jogállásáról szóló törvényben a kezdő bíró kötelező alapilletményét – nagyon helyesen – 2011. évben 356 ezer forintban állapítják meg, a kezdő szakorvos illetményét, önök is jól tudják, hogy körülbelül olyan 150 ezer forint körül van a Kjt. szerint megállapítva. Tehát egy picit jó lenne ezen javítani.

Továbbá még egy adatot mondok: a jogi segítők óradíja és a kirendelt ügyvédi óradíj 2011-ben 3 ezer forint, ehhez képest jelzem, hogy az ügyelő orvosok átlagórabére 900-1200 forint között mozog. Tehát egy picit úgy látom, hogy azért lenne helye és ötletet is próbálok adni, hogy honnan szedjük ezt.

Lenne egy nagyon érdekes kérdésem, nem tudom, ki fog rá válaszolni. A kérdésem az, hogy duális-e az egészségügyben a finanszírozás, azaz van-e az állami rész, illetve a társadalombiztosítás által finanszírozott rész mellett még – természetesen a költségvetés által – az önkormányzatoknak adott. A papírból az derül ki, hogy igen, mert itt van például a házi orvosi és házigyermekorvosi szolgáltatásra 2011. évben 81 milliárd 115,9 millió forint van a TB-költségvetésben, úgyhogy házi orvos, házigyermekorvos és az ügyeleti ellátás, tehát kompletten ez van benne. Ez az úgynevezett központi alrendszerben szerepel. Ehhez képest az önkormányzati alrendszerben is van, ugyanezen a helyen házi orvosi és gyermekorvosi szolgáltatásra 10,5 milliárd.

Ez azért érdekes kérdés számomra, és az alapellátók számára is, hogy ha a TB-finanszírozáson, amire kiszereződnek a kollégáim, ezen kívül van még 10 milliárd, ez hogy a jó fenébe jut el, mert az a tapasztalata a legtöbb házi orvosnak, alapellátónak, hogy az önkormányzati forrásból nem igazán juttatnak az alapellátásra. Márpedig, ha a költségvetés azt tartalmazza – de lehet, hogy én tévedek -, akkor jutnia kellene.

Nagyon érdekes, és biztos, hogy duális – most csak a házi orvosról beszéltem -, mert az én számításaim szerint azért nem 3,1 milliárd a növekmény, hanem csak 2,9 milliárd, mert a 2011. évben az önkormányzati alfejezetben vagy alrendszerben lévő 10,4 milliárd... helyesebben 10,4 milliárdra csökkent, ami 2010-ben 10,639 volt. Tehát ha az alapellátásba se fog annyi kimenni, akkor úgy gondolom, hogy az alapellátásra, ha összevonjuk az egészet, akkor ennyivel kevesebb fog jutni.

Nagyon érdekes a rendelőintézetek, a járóbeteg-szakellátás helyzete, ahol szintén ez az összehasonlítás mutatja a legérdekesebbet. Gyakorlatilag a központi előirányzatban úgy látom, hogy a 2010-es évhez képest van egy 1,4 milliárdos növekmény. Ennek lehet nagyon örülni, ugyanezen a költséghelyen, az úgynevezett önkormányzati alrendszerben a rendelőintézeti előirányzat 2010-ben 105 milliárd 250 millió volt, ha jól látom, és 2011-ben csak 96 milliárd. Tehát itt 9,1 milliárddal csökken ez a szint, és ha megint összeszem, hogy ott van a központban egy növekedés, a periférián, az önkormányzati költségvetésen egy csökkenés, ez úgy üti ki egymást, hogy 7,6 milliárddal csökkent a járóbeteg-szakellátás finanszírozási szintje, ami elég tragikus.

Kórházi szinten, ez az egyedüli, ami ugyanezekkel a számításokkal lefolytatva látható, az én számításaim szerint a központi szinten van egy 97 milliárdos emelkedés, ami viszont az önkormányzati szintre leadott pénzek negatívuma miatt – mert ott 2010-hez képest 45 milliárdos a csökkenés – itt gyakorlatilag egymást úgy üt ki, hogy 52,2 milliárd a növekmény a kórházi ellátáson, amit valóban a tervezet is visszaigazol, hogy ennyi. Az más kérdés, hogy ez a pénz most mire lesz elég, és egy picit az a gondunk, bajunk, hogy az a 21-néhány milliárd, amiről szó volt, hogy kórházak most megkapnak, hogy én kerestem, hogy hol épül be a 2011-es költségvetésbe, tehát bázissá válik-e vagy sem.

Félünk, hogy az adósságszpirálból nem nagyon fog tudni kijönni. Az alapellátásban ez a 3,4 milliárd vagy 2,9 milliárd, attól függ, hogy honnan nézzük, ez havi 40 ezer forintos emelkedést fog eredményezni, ami sajnos, se a pályaelhagyást, se az általam előbb felvetett problémákat nem fogja megoldani.

A szakrendeléseknél körülbelül 10 százalékos reálértékcsökkenés van. Mindig megkérdőjelezem, hogy a gyes, a gyed és az utazási költségtérítések miért szerepelnek az egészségügyi költségek között. Nyilván GDP-részesedést javító hatása van, mert ezek nélkül gyakorlatilag a GDP-ből való részesedés olyan 2,9-2,8-ra csökkent idén, ha ezeket kihagyjuk belőle.

Körülbelül ennyit szerettem volna észrevételezni, és feltettem bizonyos kérdéseket, remélem, hogy majd megkapom rájuk a válaszokat. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, alelnök úr. Puskás Tivadar képviselő úr!

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! 2011 egészségügyi költségvetése nyilván nem dúskáló költségvetés. Egyetlenegy nagyon pozitív dolog van itt az utóbbi időben, legalább nem szidják az egészségügyi dolgozókat. Itt azért néhány esztendőt végigéltünk úgy, hogy sok mindent kaptunk, csak dicséretet nem. Ez most már nem így van. Reméljük, hozzákerül egy kis pénz is. Került, de annyi, amennyi van nyilván, jó lenne, még több.

Néhány dolgot üdvözölnék, és néhány dologban segítséget kérnék még. Mindenképpen, mert ilyen sürgész ember lévén, nyilván a mentészet és az Országos

Mentőszolgálat költségvetését tekintettem először át, és örömmel tapasztaltam, hogy némi emelkedés van benne. Azt szeretném kérdezni, hogy végül az a bizonyos, nyilvánvalóan mentőautó-beszerzésre odacsoportosított összeg elegendő-e a hiányzó 150 vagy minél nagyobb számú mentőautó pótlására?

Aztán a háziorvosi ellátásban is tudom, hogy nagyon kevés ez a 3,5 vagy 3,2 milliárdos növekedés, de legalább nem csökkent az egész. Én ezt is jelzésértékűnek gondolom.

Vannak ilyen terheink, mint itt a professzor úr által már emlegetett Országos Rehabilitációs Intézet. Ez most pillanatnyilag olyan 3 milliárd forint körüli pluszkiadást jelenthet, de ha jól tudom, ezt be kellett volna már tavaly fejezni. Tehát ez olyan, ami úgy maradt ránk, és erről sok mindent nem tehetünk.

Van egy olyan kérdésem, hogy vannak alapítványok, közalapítványok, illetve köztestületek. Itt minden esztendőben a Vöröskereszt, ami a vérellátásban, vradószervezésben és egyéb dolgokban is gondolom, olyan tevékenységet végez, ami államilag is kíván valamiféle segítséget, ennek az összegét megint a több éven keresztül szokásos csökkentett mennyiségűnek látom, várható-e, hogy itt valami növekedés lesz? Konkrétan nincs itt előttem, az Orvosi Kamara, és ha jól tudom, a MOTESZ pénze is jó lenne, ha növekednék.

Még egy dolgot szeretnék megkérdezni: szerepel a tételek között egy 1 milliárdot valamivel meghaladó kötelezettség erre az esztendőre a légi járművek bérletével kapcsolatban. Ez, ha jól emlékszem, vagy négy éve, három éve kötött szerződés, amivel lízingeljük vagy béreljük a gépeket. Kérdezem én, hogy hogy-hogy az előző évhez képest növekedett a bérlemény, nyilvánvalóan ez a korábbi szerződés eredménye, másrészt mennyi ideig tart, bérletről vagy lízingelésről van szó? Ez a kérdés harmadik része.

Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. Az új képviselőknek, vendégeinknek mondom, hogy a sürgész és a mentész szakkifejezések, amelyek már létjogosultságot nyertek itt a bizottságnál, ezek az oxyológus szakembert jelentik. Köszönöm szépen.

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Köszönöm szépen. A nyelvújítót tiszteljük akkor. *(Derültség.)*

ELNÖK: Kovács Tibor képviselő úr következik.

KOVÁCS TIBOR (MSZP): Köszönöm szépen, elnök úr. Tisztelt Bizottság! Tisztelt Képviselőtársaim! Garai képviselő úr azzal kezdte, hogy a költségvetés az igazság pillanata, és ekkor derül ki az, hogy azok a képviselők, azok a pártok, amelyek ellenzékéből valamit mondtak, valamiket állítottak, azok mennyire voltak igazak, és mennyire tudják azokat teljesíteni, amit akár a választási kampányt megelőzően, akár azt követően ígértek.

Ezen költségvetés alapján azt tudom önöknek mondani, hogy semmi sem igaz abból, amit az előző ciklusban mondtak. Ez az egyik. A másik pedig, hogy most üt vissza az a politika, és most fogják, önök fogják megszenvedni, hogy minden hatékonyságjavító lépést, amit az előző ciklusban az előző kormány meg akart tenni, azt önök minden erővel megakadályozták. Most üt vissza, és most fogják önök megszenvedni ennek az összes következményét. Sajnálatos, hogy nem önök fogják elviselni leginkább, hanem azok, akik ebben az ágazatban dolgoznak. És persze, csak úgy mellékesen jegyzem meg, hogy az előző időszakban az illetékes érdekképviselők nagyon nagyhangúak voltak. Majd meglátom, hogy most, ebben az időszakban hogyan fogják képviselni ugyanazoknak az érdekeit, akiket az előző ciklusban igen nagy hangon megpróbáltak képviselni.

Amit összességében szeretnék elmondani és nyilvánvalóvá tenni, hogy GDP-arányosan az egészségügy finanszírozása nemhogy szinten maradna a következő évben, hanem csökken. GDP-arányosan ebben az évben 4,57 százalék finanszírozás jut az egészségügyre, a jövő évben 4,41 százalék. Ezen belül is némi aránytalanság tapasztalható, hiszen a kórházi finanszírozásra valamivel többet kívánnak fordítani. Ez azt jelenti, hogy az alapellátás és a szakellátás egyes egységei még inkább háttérbe szorulnak. Különösen érdekes ez, hogy számos új szakellátó intézmény jött létre az elmúlt évben, újak épültek országszerte. Kérdezem államtitkár urat, hogy ezeknek a finanszírozása a következő évben hogyan fog történni, és egyáltalán működőképesek lesznek-e ezek az új és valóban korszerű, az én lakókörnyezetemben három ilyen is jött létre, ezeknek a működése hogyan lesz biztosítható?

Sajnálom, hogy a Költségvetési Tanács elnöke nem tudott itt lenni, de Kopits úr tegnap a gazdasági bizottságban elég részletesen kifejtette a Költségvetési Tanács álláspontját. Persze, ezt önök is elolvashatják, mert minden képviselőhöz eljuttatták a véleményüket. Nem volt túlzottan szívderítő az, amit Kopits úr ezzel kapcsolatban megfogalmazott, mert egyértelművé tette, hogy azokat az egyszeri bevételeket figyelembe véve is, amelyeket most a különböző adótörvények kapcsán elfogadott a parlament többsége, azzal együtt is 2012-13-ra ez a makrogazdasági pálya fenntarthatatlan lesz, és nem lesz miből finanszírozni a költségvetést. Még sokkal súlyosabb és húsbavágóbb lépéseket kell tennie a kormánynak ahhoz, hogy ez a pálya fenntartható legyen.

Itt már utalt rá a képviselőtársam, de az elfogadott adótörvények sem segítik az ágazatban dolgozókat, hiszen elhangzott, hogy ebben az ágazatban nem a legmagasabb jövedelműek dolgoznak, és az elfogadott adótörvények tudható módon, azok számára nyújtanak valami pluszt, nagyon sok pluszt a nagyon magas jövedelműeknek, valamennyi pluszt azoknak, akik legalább 260 ezer forint bruttó havi jövedelem fölött keresnek. Akik az alatt keresnek, azok nyilvánvalóan nem járnak jól, esetleg rosszabbul járnak. Hogy ha figyelembe vesszük egyébként ezt a fél százalékos járulékemelést, akkor már kiszámítható, hogy az alsó jövedelemsávban rosszabbul is járnak, még akkor is, ha valóban teljesül az a kormányzati szándéknyilatkozat, hogy mintegy 4-5 százalékos egyrészt minimálbér, másrészt nem tudom, hogy a közalkalmazotti szférában még nem tudjuk, hogy mennyi béremelésben gondolkodik a kormányzat, vagy egyáltalán kérdezem, hogy gondolkodnak-e.

Aztán itt van ez a másik ügy a járulékemelés kapcsán. Azt mondta a kormányzati kommunikáció, hogy erre azért van szükség, merthogy a nők 40 év utáni nyugdíjba menetelét finanszírozni tudják valamiből. Aztán kiderült, és nem tudom, hogy képviselőtársaim felfigyeltek-e rá, az adótörvényekben önök megszavaztak egy olyan tételt, hogy járuléklafont kíván a kormány bevezetni, nemcsak az alkalmazotti, tehát a személyi jövedelemadó kérdésében, hanem a vállalkozók tekintetében is, tehát a vállalkozók által kifizetett járulékok tekintetében.

Itt mindenféle számok eddig megjelentek. Tegnap megkérdeztem a Pénzügyminisztérium képviselőit, hogy mi ez a dolog, ők nem is tudtak róla egyébként, mert megjegyzem: költségvetési bizottsági indítvány formájában került be a javaslat. A PM munkatársai nem tudtak róla, ott a bizottsági ülésen jártak utána és kérdezték meg, és mondták, hogy igen, van ilyen, de még nincs tétel, hogy milyen szint. De már a találgatások megjelentek, hogy ha lesz ilyen, akkor természetesen ez azt jelenti, hogy azok után a munkavállalók után, akik a legmagasabb jövedelmi kategóriába tartoznak, 25-30 millió forintos éves jövedelemnél vágnák el a határt, hogy afölött a munkaadónak már nem kell járuléktöbbletet fizetnie.

Tisztelt Képviselőtársaim! Ez megint csak 40 milliárd forint. Tehát szó sincs arról, vagy cáfolják meg, ha nem így van, a kormány képviselői mondják el itt a bizottság tagjai, illetve a minket hallgatók előtt, hogy mi a szándéka a kormánynak ezzel a járuléklafonnal? Ez azért mégiscsak furcsa, hogy az egészségügyre nominálértékben szinten marad a

finanszírozás, reálértékben, ha az inflációt is figyelembe vesszük, még csökken is, ugyanakkor ilyen járulékkedvezményeket akar adni vállalkozásoknak a kormányzat, 40 milliárd forint értékben, ami nagyon jól jönne egyébként az egészségügyben, ha ez a forrás itt megjelenne.

Képviselőtársam is utalt rá, és ezt tegnap egyébként a Költségvetési Tanács elnöke is megerősítette, hogy ez a költségvetés semmilyen munkahelyteremtést nem tesz lehetővé. Esetleg a versenyszférában a gazdasági növekedés eredményeként mintegy 15 ezer fős munkahely jöhet létre, hogy ha itt egyenleget számítunk, amit a közsférában egy 30 ezres csökkentéssel számol a kormány, még akkor is negatív stádiumban vagyunk, és hol vagyunk még attól az 1 millió munkahelytől, amit a kormány emlegetett, hogy négy év alatt meg kíván teremteni.

Tehát összességében: meglehetősen elkeserítő a helyzet, meglehetősen nagy bizonytalanságok vannak még mindig a tekintetben, hogy mi a kormányzat szándéka, és megerősíteném azt, amit képviselőtársam mondott, hogy mindezekre tekintettel nem tudjuk támogatni a törvényjavaslat általános vitára való alkalmasságát.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Szeretném felhívni a bizottság figyelmét arra, hogy az általános vitára való alkalmasságról fogunk szavazni. Több olyan kérdés is felmerült, korábbi felszólalásokban is, amelyek a részletekbe mennek bele. Lesz módunk, hiszen az általános vita következik, majd módosító javaslatok, részletes vita, kapcsolódó módosító javaslatok, tehát bőven lesz módunk a részleteket is megvitatni.

Én a majdani válaszokban is azt kérem, hogy az általános vitára való alkalmasság szem előtt tartásával válaszoljanak, javaslom, ne menjenek bele egyes részletkérdésekbe, hiszen nem ez most a bizottsági ülés tárgya.

Szeretném jelezni a bizottsági tagoknak, hogy a honlapon mindenki megtalálja Kopits György elnök úrnak, a Költségvetési Tanács elnökének a jelentését. Javaslom, hogy hasonlítsa össze az előző jelentéssel is, érdekes megállapításokat tehet majd a mostani és a korábbi költségvetéshez kapcsolódó jelentések között. Köszönöm szépen.

Következik dr. Hollósi Antal Gábor képviselő úr.

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen a szót. Nem tudom megjegyzés nélkül hagyni Garai képviselőtársunk metaforáját a transzfúzió, a lélegeztetőgép és a beöntés vonatkozásában. Talán ez szakmai ártalom, de azért annyit megjegyeznék, hogy adott esetben egy beöntés is nagyon sokat segíthet a beteg állapotán...

ELNÖK: Jólesik! *(Derültség.)*

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Különösen mondjuk egy ilyen nyolc évi infekció után. Gondolom, hogy azért utána még lehet transzfúziót adni, lehet lélegeztetni... mindegy, ez csak egy megjegyzés volt.

Ami viszont egy nagyon konkrét felvetés, és pont utalva arra, amit itt elnök úr figyelmeztetésül elmondott, a természetbeni ellátások sorain a laboratóriumi ellátásokban jól látszik, hogy a 2008-tól a 2011-ig vezető sorban végül is egy jelentős, 2009-es csökkentés után egy minimális 2010-es emelkedés és a tervezetben is egy picivel több szerepel. Tervezi-e a tárca ennek az egyébként a rendszerben lévő ellentmondásnak, miszerint más tulajdonosok és más ellátórendszerek összemosisásával bizony, azok a laboratóriumot működtető intézmények nehéz helyzetbe kerülnek, mert ha igen, akkor valószínűleg ez a sor meg fog felelni a realitásoknak, ha nem, akkor lehet, hogy erről egy kicsit a részletes vitában kellene még beszélünk. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem a tisztelt bizottságot, hogy ki óhajt még szólni. Kiss Sándor képviselő úr, utána Szilágyi László képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Kedves, a kormány részéről megjelent képviselők, vendégek! Csak két perc lenne az egész. A gyógyszer-támogatás nominálértékben ugyanannyi, mint volt egy évvel ezelőtt, 343 milliárd forint. Meg lehet magyarázni, valóban ez a konszolidáció költségvetése, nem akarnék ebbe belemenni.

De az ÁSZ képviselője is utalt arra, hogy ésszerűsítésre és megszorításokra lesz szükség, hogy ezt tartani lehessen. Én annyit hiányolok, pontosan az elkövetkezendőkben majd az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításával kapcsolatos törvényjavaslatban, nem látok olyan javaslatokat, amelyek az ésszerűsítésre vonatkoznának. Tehát én ezt mindenképpen hiányolom.

Hiányolom azt, hogy valóban sok ésszerűsítő javaslat lenne, hogy ezt a 343 milliárdot tartani lehessen, és egyrészt kérdezem, hogy a kormányzat meg szeretné-e fogadni azokat a javaslatokat, amelyeket a szakma nyújtana be az ügyben, hogy tényleg ésszerűen lehessen felhasználni ezt a 343 milliárdot? Tehát ezt szeretném megkérdezni.

Valamint még egy olyan, kissé filozofikus megjegyzésem lenne, hogy a lakosság gyógyszerterhei ne feledjük el, hogy egyrészt a támogatott gyógyszerekre fordított kiadásokból és a nem támogatott gyógyszerekre kiadott forintokból tevődnek össze. Tehát nagyon szeretnék látni a kormányzat részéről egy olyan javaslatot, egy olyan irányzatot, amelyben a nem támogatott gyógyszerekre vonatkozóan is csökkentenék a lakosság terheit. Tehát konkrétan utalnék akár a hatósági ár bevezetésére, újbóli visszavezetésére, ami volt, tehát a kormányzat elfeledkezik erről az igen komoly tételről, ami a lakosságot sújtja, és csak a támogatott gyógyszerekben gondolkodik, és úgy gondolom, hogy ez nem helyes.

Tehát mindenképpen szeretnék a kormányzat részéről javaslatokat ez ügyben. Most persze mondhatnánk azt, hogy növeljék a gyógyszer-támogatás összegét, természetesen reálértékben ez kisebb lesz, mint a tavalyi, de mindenképpen szeretnénk – még egyszer mondom -, ha azokat, amire az ÁSZ javaslatot tett, valóban olyan intézkedések történjenek, amelyek az ésszerű gyógyszer-támogatás felhasználására vonatkoznak. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. Szilágyi László képviselő úr a szó!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm a szót, elnök úr. Kedves Helyettes Államtitkár Úr! Egy konkrét kérdéssel hadd kezdjem. Ez is nyilván abból adódik, hogy még nem biztos, hogy készségi szinten kezelem ezeket a hatalmas táblázatokat, hogy ez a bizonyos közigazgatási átrendeződés hogyan látszik meg ezen a büdzsén. Ha megnézem a megyei közigazgatási hivatalokat, ott egy nem túl nagy összeg szerepel abban a bizonyos fejezetben, viszont az ÁNTSZ sorában hatalmas nagy pénzekekről van szó, már relatív módon nyilvánvalóan.

Tehát hogyan látszik a büdzsén ez a bizonyos átszervezés, a megyei kormányhivatalokba hogyan integrálják ezeket a bizonyos szerveket?

Most általában én is azért elmondhatom, hogy a fenntartható átrendeződésnek a költségvetési sorait keresgélem, ahogy Szócska államtitkár vezette be ezt a szlogent erre az évre, vagy az előtünk lévő évre, és igazából nem nagyon látjuk azokat a költségvetési sorokat, amelyek efelé mutatnak. Tehát itt többen elmondták már, hogy rendszerszerű változtatást nem nagyon tartalmaz ez a büdzsé, legalábbis nem látszik rajta. Azok a komoly feszültségek, amelyeket itt nap mint nap tapasztalunk, akár a kórházfinanszírozásban, akár a gyógyszerkasszában, ezek nagy valószínűséggel megmaradnak, és nem látjuk, hogy milyen megoldást kínál a büdzsé a humán erőforrás-krízisre. Tehát itt nagyon komoly problémák

vannak. Mi úgy számolgatunk, hogy mondjuk bizonyos gyermektelen szakdolgozók fizetése nominálisan is csökkenhet az szja-szabályok változása miatt, és főleg azért, mert ez a bizonyos keresetkiegészítés is megszűnik.

Más fejezetre hadd utaljak, hogy itt a népegészségügyi mutatók rendkívül rosszak Magyarországon, ezt nagyon sokszor hallottuk már ebben a bizottságban is, amióta én itt bent ülök, és nem látjuk azokat az intézkedéseket a költségvetésben, amelyek valamilyen módon ezen javítanának. Ebben kérném a segítségét, tehát hogy a népegészségügyi mutatók javítását hol keressük a költségvetésben. Illetve a fennálló hozzáférsi egyenlőtlenségeket hogyan tudja majd enyhíteni a következő évi költségvetés. Ennyit szerettem volna hirtelen megkérdezni.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Mielőtt lezárnám a vitát, én is szeretnék egy kérdést feltenni, nevezetesen az új Széchenyi-tervvel kapcsolatban. Az új Széchenyi-tervnek a 7 fontos stratégiai pontja közül a legelső az egészségügy, egészségipar, ezen belül a minőségi gyógyturizmus kérdése, amiben az egészségügy és a bizottság rendkívül érdekelt. Kérdezem helyettes államtitkár urat, hogy számolnak-e a 2011. évben az új Széchenyi-programnak az egészségügyet, annak a háttérparát alapvetően érintő és támogató nagy rendszernek a hozzájárulásával? Köszönöm szépen.

Akkor kérem a kormányzat jelen lévő képviselőit, talán először helyettes államtitkár urat, hogy összefoglalóan, ha lehet, akkor tömören, röviden, az általános vitára való alkalmasság megítélését a bizottság számára segítő néhány mondatának az elmondását.

Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai az elhangzottakra

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Urak! Kezdve akkor Iván László képviselő úr kérdéseire válaszképpen: valóban ott egy félreértés van a szövegben, de itt két különböző intézményről beszél a szöveg, az ORSZI egy szociális intézmény, amelyik a szociális ágazathoz tartozik, bár éppen most egyébként átalakulás alatt áll és a betegjogi és egyéb kérdésekben lehet, hogy lesz közös irány, egyébként kellene is hogy legyen a két ágazat között, de jelenleg ők nem hozzánk tartoznak. Míg valóban a másik összeg, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet felújítása az egyik olyan csontváz – majd ezt még szeretném később kihangsúlyozni -, amit megörököltünk, hiszen ennek a 2000-ben elkezdett beruházásnak már 2004-ben be kellett volna fejeződnie. Ennek következtében a tervezett 6,3 milliárd forint helyett 18 milliárd forint jelenleg az összköltsége ennek a beruházásnak. Ezt kell befejeznünk, hogy ne is beszéljünk a szintén megörökölt Sportkórház-beruházásról, és majd még folytatom a sort időnként közben.

Tehát ennyit az OORI beruházásról. Azzal teljesen egyetértek elvileg, hogy a teresség szó helyett a várandósság szót kellene használni, valószínűleg a jogszabályi környezet ezt jelenleg így szabja meg, de ezen nyilván gondolkodni kell.

A 98 milliárd forintos hiányhoz annyit, hogy az idej hiány, sokan kifogásolták a képviselő urak közül, de ebbe a nagy szerkesztésbe nyilván nekem nincs módom bebeszólni, nekem ilyenkor felkészülésre rendelkezésre állnak a számok. Jelenleg nyilván az alapkezelő szerv folyamatos monitorozása szerinti becslés 89 milliárd, uszkeve 90 milliárd lesz a teljesülés, és ha ebből levonjuk azt a 22 milliárd fiktív bevételi oldali kiadást, amit Kökény Mihály képviselő úr vitt be annak idején a költségvetésbe, akkor pontosan 1 milliárd híján a 66 milliárdos tervezett összegnél vagyunk. Tehát ennyit az E. Alapról, mert az ágazat vére árán az ágazati vezetés – dacára az ilyen tételeknek – megtartotta a hiányt, ha ez nem lenne, akkor gyakorlatilag ez a hiány tartható lett volna. Ennyit talán ennek hátteréül.

A gondozás kapcsán, az otthoni szakápolás kapcsán csak rövid jelzések. A jogalkotási folyamatban szintén már az előző kormány elkezdte, csak megörököltük az egyik kis csontvázat, már idén is felezve volt a gondozás összege a költségvetésben, azzal, hogy

elkészül a fix díjas finanszírozás helyett egy járóbeteg, BNO-típusú finanszírozás, de ezt megörököltük, le volt írva, hogy ez már nem készül el, viszont egy fele büdcsét örököltünk. Az elmúlt időszakban a munkánk egy része azzal telt, hogy folyamatosan csoportosítottunk át a gondozásra.

Viszont mi szeretnénk meglépni ezt az egészségpolitikailag valóban nagyon fontos területet, hiszen itt addiktológia és egyéb nagyon fontos területek vannak, és a szakmai szervezetekkel egyeztetve, nem vitatkozva és nem lenyomva őket, hanem folyamatosan egyeztetve összeraktunk egy programot. Ez kodifikálva is lesz, és a terv az, hogy ez egy hatástanulmány, két-három hónap után a bevezetett BNO-kódok mentén ezt a tevékenységet részben átterelnék a járóbeteg-ellátásba, és ennek a fedezetét ott ez a részbeni növekmény biztosítja. Ez a velük való megállapodás alapján, a jogalkotási és munkaterv szerinti tevékenység. Ez a gondozásra a válasz.

Az otthoni szakápolásban valóban vannak fejlesztési források. Ez látható, hogy valamelyest jobban növekedett. Részben persze ÚMFT-s befejezésekkel, de részben azzal függ össze, hogy jelentős tárgyalásban vagyunk a szociális ágazattal, épp a jövő tekintetében, mert nagy valószínűséggel funkcióváltások lesznek intézmények között, és ehhez kell az ő hozzájárulásuk is. Ő cserébe azt várja el tőlünk, hogy ezekben az intézményekben az egészségügyi tevékenységet valamilyen módon finanszírozottan tudják végezni. Ezt a folyamatot szeretnénk preferálni ezzel a lépéssel feljűk, tehát a velük való együttműködés mentén.

Garai képviselő úr kérdésére hadd reagáljak annyit, hogy talán hadd fordítsam meg ezt a gondolkodást, hogy az egyházaknál a hit, remény bizony, egy igen jelentős szerep. Hadd tegyem hozzá, hogy bizony, az új kormány hangsúlyozottan számít az egészségügyben az egyházi szolgáltatók szerepére, ami sajnos, méltatlanul, elég hibásan és jogszabályellenesen történt kezelve az elmúlt időszakban, teljesen fölöslegesen, hiszen ezek az intézmények számos olyan területen szolgálnak, amit senki más nem akar elvégezni. Bizony, fokozottan és hangsúlyosan törekszünk arra, hogy ezt a kapacitást nemcsak az intézményi, hanem a kistérségi és a területi szinten is – az ő lefedettségükre figyelemmel – bizony, preferáljuk és szorgalmazzuk. Tehát igen, megfordítanám, bizony, a hit és a remény kapcsán megjelenített egyházakra nagy szükség lesz a jövőben.

Azt gondolom, hogy a 27,5 milliárdra most nem itt kell kitérnem, hiszen gyakorlatilag ez be van nyűjtva, azt hiszem, éppen holnaptól indul a közigazgatás egyeztetés, a honlapon is meg fog jelenni. Ismételen a szakmai szervezetekkel való megállás nélküli egyeztetések mentén, négy elem mentén, majd ezt később, ha lesz rá mód, röviden fogom ismertetni, ennek a felosztását elvégezzük.

A struktúraváltáshoz, tehát az induláshoz: erre később Kovács képviselő úr kapcsán is ha szabad, reflektálni, hogy nem az igazi igazság pillanata a költségvetés, az igazság pillanata számunkra inkább az átadás-átvétel volt. Tehát az a számtalan megörökölt csontváz, hogy mentőautó-vásárlás nem történt négy éven keresztül, hogy az IBE-perek itt szakadnak a nyakunkba, az új beruházás 12 milliárddal többbe kerül, a gyógyfürdőkkel nem történt meg a letárgyalt árak kihirdetése, a költségvetésben 22 milliárd fiktív tétel van. Az előző kormány által tavaly júliusban bevezetett, csak az egészségügyben, nem a nyugdíjnál, járulékcökkentés keretében több mint 105 milliárd forint veszteség érte az ágazati bevételi oldalt. Beszélünk majd később erről a 39 járóbeteg-szakrendelőről, amit megörököltünk, és gyakorlatilag megoldatlan, bizonytalan a jogi helyzete, hihetetlen nehézségek árán, egy hatalmas egyeztetés mentén próbálunk itt is valami jogszerű lépést tenni.

Tehát azért ez is egy kicsit az induláshoz tartozik, amely a mi helyzetünket talán árnyaltabbá teszi. Ezen belül különösen szomorú az ÚMFT források sorsa, az, hogy a TIOP, ROP-típusú beruházások esetében 80 százalékos lekötöttséggel találkoztunk érdekes módon,

ezzel szemben a TÁMOP esetében ez 20 százalék alatt van. Gyakorlatilag jelenleg EU-büntetési folyamat alatt állunk tulajdonképpen e miatt az alacsony abszorpció miatt.

De legalább ebből azt hadd emeljem ki viszont, hogy ezt szeretnénk pozitívan felhasználni, ugyanis ebből a TÁMOP-ból az elmúlt hetek viszonylag nagy szervezési munkájával igyekeztünk egy 12 milliárd forintos külön forrást az egészségügyi struktúraváltás szorgalmazására létrehozni. Ez a válasz a kérdésre, hogy mi a fedezete a struktúraváltás meginduló szervezésének. Ezt már a Semmelweis-terv is tartalmazza, és elég feszes tervünk van 2011-re erre nézve. Ezt valóban extra forrásból, ÚMFT-s forrásból sikerült úgy tűnik, fedezni, a kilenc tervezett területi régió központi szervezése mögé két éve tudunk forrást tenni.

Hasonlóképpen sikerült 50 milliárd forintot még visszafogni különböző forrásokból, és ezzel szeretnénk támogatni azt a funkcióváltást a jövőben, ami nem bezárásokkal és nem kapacitáscsökkenéssel, hanem feltehetően az egészségügyi és a szociális szféra aktív és járószakellátás és alapellátás közötti módosulást fog szolgálni.

Az állami kezelésbe vétel jelenleg valóban több szinten, jelzésszerűen felmerült. Számos elem utal ennek a helyzetnek a kényszeres voltára is, hiszen ez az első év úgy néz ki, hogy 2011, amikor az állami részesedés az Egészségügyi Alap bevételei között nagyobb lesz, mint a járulék. Ez a trend önmagában elgondolkodtató, szépen lehet látni a görbéken, ahogy ez növekszik. Hasonlóképpen a közigazgatási átalakulás is felvet ilyen irányokat. Ez gyakorlatilag tárgyalás tárgya jelenleg, a költségvetés szintjén ez még így nem került a látókörbe.

Az életpályamoddal valóban egy nagyon nehéz kérdés mindannyiunknak. Visszaütnék megint arra, hogy nem mi vezettük be ezt a korbácsrendeletet, amelyik azért az alapellátás megbecsültségét mérsékelten tükrözte kifelé, bármennyire is értem Garai képviselő úr szavait, de azért ez hihetetlen módon lázította a szakmát. Értve ennek mondjuk a szakmai háttérét. Bizony, a jogszabály már gyakorlatilag benyújtás alatt áll, meg fogjuk fordítani ezt a korbácsrendeletet, egy ösztönző rendszert szeretnénk bevezetni, mert igen, szerintünk nem szégyen a háziorvost arra motiválni, hogy a szakmailag egyébként teljesen helyes, de mégis olcsóbb gyógyszert kínálja. Tehát ez nemcsak arról szól, hogy a háziorvost mi nemcsak általában, hanem teljesítményelv mentén szeretnénk jutalmazni az indikátorrendszerben, és az indikátorrendszer az inentől kezdve az elkészült jogszabály szerint nemcsak arról fog szólni, hogy korbács helyett gyógyszerösztönzés, hanem jutalmazni fogjuk a szűrőtevékenységet, díjazni fogjuk a védőoltás-beadási hajlandóságot, átoltottságot. Ezek mentén komplexen, a teljesítmény mentén szeretnénk eljuttatni a háziorvosoknak ezt a pénzt, aminek a súlyára utal az, amit már többször voltam kénytelen ismertetni, hogy arra a szánalmas megmaradt 300 millió forintra is milyen megdöbbentő volt a háziorvosok bejelentkezése. Ez azt jelzi, hogy bizony, van igény, és van lehetőség őket motiválni.

A komplex megoldáshoz csak annyit tennék hozzá, hogy ez majd a gyógyszerkassza betarthatóságához is hozzátartozó generikus ösztönzőrendszer része, hiszen egy hihetetlenül nehéz, az elmúlt nyolc évben felgyorsult és eldurvult folyamatot kellene megtörni. Azt, hogy a patikust jelenleg egyéni számlás motivációk készítetik a sokkal drágább hatóanyagú szer felkínálására a beteg számára, legyünk őszinték. Ez azért is rossz, mert a betegteher is növekszik.

Tehát azt reméljük, hogy a generikus programnak az ilyen motivációban való megváltoztatása kedvezni fog a háziorvosnak, hiszen számára egy kitörési lehetőség, egy továbblépés, kedvezni fog a beteg számára is, hiszen a betegteher növekedni fog, milliárdos nagyságrendben, valóban, ahogy mondta, és ez talán válasz a betegteherrel kapcsolatos kérdésekre. Harmadrészt a forgalmazót is talán áttereli abba az irányba, hogy ne feltétlenül az orvoslátogatók számának növelésén és az ilyen típusú megoldásokon, hanem épphogy az

árpolitikai rendszerbe való aktívabb beszállással vegyen részt a jövőben az egészséges gyógyszerpolitika alakításában.

Itt bizony, egy nagyon nehéz folyamatot szeretnénk megtörni ezzel az elképzeléssel is, és ez pont szintén várt ránk.

Gyenes képviselő úr kérdéseire válaszképpen: a fejezetgazdák kapcsán az EEKH-ban, ha pontosíthatom, ez a hivatal kezeli a rezidenskérdést, tehát a rezidenshallgatók életpálya kiegészítő modellre körülbelül 8 milliárd forint – ahogy említette képviselő úr is – itt áll rendelkezésre, ez a szervezet delegálja jelenleg az állam nevében tulajdonképpen ezekhez a kollégákhoz ezeket a forrásokat. Sokat beszéltünk a rezidensügyről, ezt nyilván nem itt kell kibontani.

Nyilván amiket felvet sok joggal képviselő úr, azokra nem tudok reflektálni, a létszámok is feltüntethetők. Nekem a saját tervezési anyagomban benne vannak a létszámok is, de a költségvetés szerkezetében úgy tudom, hogy ez eddig nem szerepelt.

Az elbocsátás kapcsán is nagyon nehéz nyilván nyilatkozni. Ahogy jeleztem, a szándékunk a 2011. évi átalakítások során pont a 13 törvényből álló csomag is lehetőséget fog nyitni, és nagyon szeretnénk is beindítani, hogy ne legyenek bezárások és ne legyenek elbocsátások, hanem funkcióváltás legyen. Ezen belül azt mi is észleljük, hogy az egészségügyben a dolgozókat az adópolitika alakulása nem feltétlenül fogja kedvezően érinteni, pont a legszerencsétlenebb részét. Ezért szintén a szervezetekkel való folyamatos egyeztetés mentén a már leadandó finanszírozási kormányrendeletekben a TVK-többletosztást úgy végeztük el, hogy annak 3 százalékát alapdíjemelésre delegáltuk, tehát a súlysám-alapdíj emelésre, visszavinni ismét 150 ezer forintra, és kifejezetten azzal a céllal, hogy ez végre egy bérpolitikai lépést is lehetővé tegyen a kórházvezetők számára, hogy ezt a feszültséget valamelyest kezelni tudják.

A vállalkozások serkentése: ez egy teljesen, sok szempontból jogos felvetés. A házi orvosok iparüzési adója kapcsán esetleg majd Borissza Gyula főosztályvezető-helyettes úr nyilván fog nyilatkozni. Itt nyilván rendszerszerű kérdéseket kell áttekinteni.

Jelentősen, pont a TÁMOP-forrásból szeretnénk a praxislétszám kapcsán delegálni forrásokat a hátrányos területeken a munkaerő, tehát főleg a kiegészítő munkaerő biztosítására, és az alapellátásba mindig beleértem a védőnőket is, akiknek szintén egy külön 2 milliárdos projekt áll rendelkezésre, ahol szintén szeretnénk ezt preferálni.

Hadd említsem meg, hogy benne van már a tárca jövő évi munkatervében az, hogy az egészségügyi dolgozókat is – a pedagógusokhoz hasonló módon – nemcsak ügyeleti időben, hanem minden munkavégzés közben is hivatalból védelem illesse, ez már a jogalkotási terv része. Ez olyan méltányosság és méltánytalanság, amit azt gondoljuk, hogy meg kell oldani.

Az életpályamodell: ez egy konkrét kormányhatározat-előkészítés, Páva Hanna helyettes államtitkár asszony végzi, hozzá tartozik ez a kormányhatározat. Ez készül, benne a rezidenspálya-átalakítással és az ÚMFT, TÁMOP-források gyors lekötésével és felhasználásával ezen a területen.

Azért annyit hadd tegyek hozzá, hogy mi magunk, akik járjuk a vidéket megállás nélkül, mert jóval kevesebben vagyunk a tárca vezetésében, mint korábban, számos egyeztetésen azt érezzük, hogy inkább a kilátástalanságnak a strukturális része – nyilván az anyagiak mellett – zavarja a kórházigazgatókat, mert nem tudnak a fiatal kollégáknak pályát nyújtani, nem tudnak tervezni, nem tudják azt, hogy mi lesz a kórházukkal, merre fejlesszenek, mire biztassák őket. Hosszú-hosszú beszélgetésekben az ember átéli azt, hogy tisztázzuk azt, hogy mik a szándékok, hogyan illeszkedik bele az az adott kórház, és tulajdonképpen igen pozitív beszélgetéseken vagyok túl e tekintetben. Önmagában az, hogy lesz pozitív nyitás, lesz elmozdulás, van elképzelés és van mögötte politikai erő, ami tulajdonképpen korábban nem nagyon volt több okból, ez láthatóan sok helyen kedvező hatást vált ki.

Az adópolitika kapcsán mi is valóban hosszan tárgyaltunk - ezt leírja jól az ÁSZ-jelentés - a Gazdasági Minisztériummal, a népegészségügyi jelentések majd hozzák az adatokat, az alkohol, a dohány és egyéb területeken valóban sok minden kérdéses, hogy itt az egészségügy milyen módon járul hozzá a társadalmi közteherhordozáshoz, amit sokszor ezek a tevékenységek és életformák váltanak ki. Ez egy hosszú távon végiggondolandó dolog, mert valóban egy forrásbiztosítás lehetőségét felveti, de ahogy ezt Nesztor úr is mondta, ez nem ment most át.

A duális finanszírozás kapcsán őszinte vagyok, én nem néztem át – elnézést kérek – az önkormányzati fejezeteket, én csak a sajátjaimból készültem, de a kollégákkal beszélünk itt arról, hogy ezek a többletek valószínűleg az önkormányzati önrészek, az ÚMFT-s forrásoknál a járóbeteg-rendelésnél ezt sejtjük, de őszinte vagyok, ezt nem tudom most megválaszolni, ha szabad, akkor ezt külön. Ami biztos, hogy a házi orvosok esetében, és ami világosan kiderül a költségvetés szerkezetéből, hogy nagyon izgalmas és nehéz ügy van benne, az, hogy egy 15 milliárdos többletforrás ott van a 770 milliárd forintos jelenleg kiosztott, végiggondolt forrás fölött. Abszolút politikai célja az ágazatvezetésnek az, hogy ezt a 15 milliárdot a gyógyító-megelőző ellátásra költse el. Azon belül nyilván kifejezetten a hangsúlyozott területekre, ez is jól látszik a számokból, hogy bizony, azokat a területeket, amelyek például laboratórium, dialízis, nem tudtuk preferálni ebben az évben, és ez része annak a hozzáállásnak, amit nem szívesen, de valahol egy általános folyamat részeként érzünk mi is. Ez leginkább és egyértelműen ebben az évben a gyógyszergyártókat és –forgalmazókat fogja sújtani, ez a nemzeti kölcsönös felelősségvállalás kérdése, hogy ebben a 2011-es évben nem lesz mód az egészségügyhöz kapcsolódó versenypálya-mozgásokban nagyobb teret engedni az ilyen nagy volumenű helyzeteknek. Az egy más kérdés, hogy a K+F ügy kapcsán vannak még tárgyalásaink a Gazdasági Minisztériummal. Tehát a gyógyszerekre később majd ki fogok térni.

A gyed, utazási költség kapcsán: mi is felvetettük ezt, hogy ez a régi adósság, hogy a tárcánál mindig itt van még ez a tétel, jelenleg nem volt mód arra, hogy ezt megváltoztassuk. Puskás képviselő úr kérdésére: a 2 milliárd többlet az OMSZ-nál. Így van, az OMSZ-nak számos forrásból kell összeállnia, mert az OMSZ maga egy nagy csontvázgyűjtemény, benne a légimentéssel, a három lezuhant helikopterrel, amelyből az egyiket volt szerencsém megörökölni. Most azt tudtuk elérni, hogy a biztosítási összeg mellé tudunk tenni és így meg tudjuk vásárolni a hiányzó helikoptert.

Hasonlóképpen a légimentés kapcsán azért van emelkedés, ezt is megörököltük, mert megváltoztak az EU adójogszabályok, és a reverz áfa következtében most mi fizetjük ezt is, az áfát itt kell fizetni, de sajnos, ez nem növekmény, hanem egy ránk száradt tételnek a megoldása. Így emelkedett 800 millióról 1 milliárd körüli összegre ez a forrás.

2011-ben 1,75 milliárd. Azt hadd tegyem azért szóvá, hogy az ágazati tárgyalás viszont nagyon gyümölcsöző volt, azt gondolom, a Gazdasági Minisztériummal, hiszen el tudtuk érni az oltóanyagkérdés teljes rendezését. Úgy néz ki, hogy végre egyszerre, egy kézben, egy forrással, és megörökölve azt a 3,5 milliárd forint veszteséget, amit az előző tender okozott, és most fogunk fizetgetni még éveken át. Ezekre mind pluszforrást kellett találni a jövő évi költségvetésben, pedig milyen jól ki lehetne osztani azt a 3,5 milliárdot a házi orvosoknak, nem akarok demagóg lenni, de ilyenkor az ember tényleg ingerült is tud lenni, vagy legalábbis nehezen tudja ezt kezelni, és mégis ezt muszáj, hiszen a szerződés mentén ki kell fizetnünk.

Az 1,75 milliárdnak egy nagy része mentőautó-vásárlásra fog történni, a kisebbik része az ehhez szükséges felszerelésre, plusz 250 millió forint fog menni a központi régióban a mentőbázisok felújítására. Az a probléma, hogy a Mentőszolgálatnál is a területi elv miatt a központi régió mindig hátrányt szenved, és amíg vidéken egyébként sok minden máshol az uniós forrás gyakorlatilag megoldja nagyon sok helyen az új mentőállomás építését,

felújítását, az autóvásárlást 2011 második felében, addig a központi régióban ez nem áll lehetőségünkre. Ezért kértük és értük el a gazdasági tárcával közösen ezt a jelentős forrást. Sajnos, 256 mentőautót kell pótolni január 1-jétől, és pont a vörösiszap kapcsán derült ki, hogy ezek a 800 ezer, 1 millió kilométert futott autók rémisztő állapotban vannak, tehát életveszély őket sokszor használni. Itt nem volt más megoldás, lépni kellett. Valóban a Mentőszolgálatot több okból is nagyon sok hátrány és nagyon nagy terhelés érte az elmúlt években, ezért kiemelten, preferáltan kezeljük, azzal, hogy még idén is szeretnénk egy forrást mentőautó-vásárlásra elérni.

Az OORI-beruházásról beszéltünk, azt el is mondtuk, hogy ez milyen volumen, miről szól, hogyan lett a 6 milliárdból 18 milliárd forintos teher a végén.

A Vöröskereszt-csökkentés kapcsán: ez nehéz ügy volt sajnos. Amennyire tudom, a Vöröskereszt az idén sem használta fel teljes mértékben a forrást, ami rájutott. Itt nagyon keményen kellett tárgyalnunk, hiszen ami egy újdonság, hogy a kamarákat is be kell fogadni, bár a törvény most fog benyújtásra kerülni az Országgyűlés elé. Még nem tudjuk pontosan kiszámolni, hiszen még most is, az utolsó egyeztetésnek a tárgya a funkcionalitás kérdése, hogy önálló tisztviselői lesznek-e vagy sem a kamarának. De muszáj volt őket is beletennünk ebbe a keretbe, ez okozza azt, hogy itt nem tudtunk másképp osztani, minthogy egy kis csökkenés érte a Vöröskeresztet.

Kovács képviselő úr kapcsán már jeleztem azt, hogy az igazság pillanata a csontvázakon kívül számunkra a szép számú botrány, amit azóta is megállás nélkül kell kommunikálnunk, örökölnünk és megoldanunk: az Omninvest, az EKI, ahol KEHI-vizsgálat van, az ÁNTSZ-laborok, a haemodinamikai laborok, az étrendkiegészítők, a növekedési hormon, szóval az igazság pillanata: hát, nem könnyű ezeket a helyzeteket kezelni, rengeteg idő megy el ezeknek a menedzselésével.

Mindenesetre tény az, hogy amit még jelentős különbséget érzek az előző időszak és a mostani között, az, hogy most a szándékok mögött jelentős politikai erő áll. Tehát ez nem volt adott lényegében az elmúlt nyolc évben, egy igen bizonytalan, gyenge erővel nem lehetett, és pláne nem azokkal a fajta diktátumokkal, ahogy ez történt, lenyomni a gyógyszerész szakma, lenyomni egy fekvőbeteg-szolgáltató torkán azokat a változásokat, amelyeknek az egészségpolitikai céljai, háttere nem volt igazán végiggondolva, és ez meg is bukott tulajdonképpen a lakosság és az ágazat ellenállásán.

De most egy ritka kivételes helyzet van, gyakorlatilag homogén az ország politikai erőtere. Ez azt jelenti, hogy az a ritka lehetőség van, hogy a főváros, az ország és a vidék nagyjából egyformán tud gondolkodni, ez egy ritka, talán sosem volt lehetőséget ad arra, hogy radikális lépések is történjenek az egészségügyben. Azt reméljük, hogy ez menni fog.

Ezen belül az is tény, hogy mi az érdekképviselőektől nem az ordítást várjuk és nem a kiabálást várjuk, hanem mi megállás nélkül egyeztetünk velük, és az egyeztetések mentén történik az összes ilyen finanszírozási, jogalkotási folyamat lebonyolítása is.

A bér-, adópolitika kapcsán: erről nehéz többet mondani, nyilván erről majd Borissza főosztályvezető-helyettes úr tud erről többet mondani. Amit mondtam erre, az a 3 százalékos alapdíjemelés a mi lehetőségünk hozzájárulni az egészségügyben, a járuléklafon kérdésében se tudok nyilván én globális szinten nyilatkozni. Csak megjegyzem, hogy a Bajnai-kormány csökkentette 2009. június 1-jén 5 százalékról 2 százalékra az egészségügyi járulékot és okozott ezzel 105 milliárd forint hiányt.

Tényleg meglepődtem azon, hogy a gyógyszer támogatás kérdése kapta a legkevesebbet, és a végén került csak elő, és köszönöm a kérdést, ez lesz a legnehezebb ügye nyilvánvalóan a következő évi költségvetésnek. Az ÁSZ is utalt rá, bár egy picit az ÁSZ-jelentésben van egy kis ellentmondás, ha szabad erre utalni, az elején leírja azt, hogy a K+F levonásra kerül, aztán a végén mégis számol vele, ami a valóságban is így van jelenleg. De ezt majd nyilván meg kell nézni a szövegben.

A Gyftv. nem teljesen finanszírozás-centrikus elképzeléseket takar ez ügyben, de tény az, hogy a finanszírozási jogszabályok – ahogy mondtam – érkeznek egymás után, készen vannak a kormányrendeletek, most már folyik a közigazgatási egyeztetés mentén. Számos elemből szeretnénk ezt a gyógyszerkassza-fedezetet megoldani úgy, hogy a lakossági teher gyakorlatilag ne növekedjen. Az egy más kérdés, hogy a hatósági ár bevezetése mentén, ami sok szempontból nagyon kézenfekvő megoldás lenne, nyilván a nagyon meggyötört patikáknak a további jövedelmezősége még jobban csökkenne, de ez nagyon-nagyon kétélű, ezt végig kell alaposan tárgyalni, hogy ez hogyan működik.

Tehát van egy elég komplex, részben a generikus ösztönzők több elemére, részben a felülvizsgálat lefolytatására, részben a sávos rendszer átalakítására, részben az egyedi méltányosság 12 százalékos díj bevezetésére épülő rendszer, amelynek mentén mi azt reméljük, hogy a sajnos, nagyon kemény gyógyszerkassza-keret tartható.

Szilágyi képviselő úrnak pedig válaszul: a közigazgatási átrendeződés valóban még nem tud megjelenni. Jelzések vannak a szövegben erre, hiszen még a kodifikáció sem zajlott le, nem ért véget a tekintetben, hogy a minket érintő két nagy szervezet, az OEP és az ÁNTSZ melyik irányba mozog. Úgy tűnik, az OEP inkább centralizálódik, az ÁNTSZ pedig inkább mintha kistérségi szinten lenne erősebb. De őszintén szólva, ezt a kérdést Páva Hanna helyettes államtitkár asszony menedzseli, de a költségvetésben valóban nem jelent még meg erre utaló direkt szám, majd most fognak beérkezni azok a módosítók, amelyek a mi jogszabályainkat fogják módosítani oldalról, e miatt az átalakulás miatt.

A népegészségügyi mutatók kapcsán azt őszintén el kell mondani, hogy az ágazati költségvetésben korábban 600-900 millió forint volt népegészségügyre, tavaly ez már lecsökkent 300 millió alatti környékre, és mi is ezt tudtuk tartani, azzal együtt, hogy körülbelül olyan 10 milliárd forint az az összeg, amit különböző népegészségügyi programokra ebből a le nem kötött TÁMOP-ból lehet mozgósítani. Tehát ezen kompromisszum mentén maradtunk abban a Gazdasági Minisztériummal, hogy azokon a területeken, ahol viszont nem lehet ÚMFT-forrásra számítani, azok preferáltassanak az ágazati tervben.

Mikola elnök úr kérdése az új Széchenyi-terv kapcsán: számos egyeztetésen vettünk részt a Gazdasági Minisztériumban. Jelenleg elsősorban inkább a gyógyszerpolitika kapcsán, és az egy nagyon pozitív, azt gondolom, kialakult elv, szinte mellékes eleme ennek a kérdésnek, hogy a jövőben az E. Alap ne legyen az iparpolitika eszköze, de például a K+F máshová terelése is ezt a célt szolgálja, hiszen nekünk egészségpolitikai céljaink vannak, egészséghatékonyság a célunk, itt pedig más. Nyilván van összefüggés a kettő között, de a mostani tárgyalásaink nagyjából erről szólnak. Illetve a másik irány az, hogy ezt a nagyon nagy magyar gyógyfürdővagyonot és az ilyen típusú szolgáltatási vagyont hogyan lehetne minél hatékonyabban kezelni, számos intézmény van a tárca tulajdonában és számos intézmény helyi önkormányzati tulajdonban, ahol ez nyilván kitörési pont lesz, de összességében nem történt így nevesítés 2011-ben, ott még nem tartottunk a tárgyalásokon. Nagyon köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem Borissza Gyula főosztályvezető-helyettes urat, hogy röviden kíván-e szólni.

DR. BORISSZA GYULA főosztályvezető-helyettes (Nemzetgazdasági Minisztérium): Két rövid választ szeretnék adni. Az egyik Iván professzor úrnak az egészségbiztosítás egyéb kiadásait érintően, hogy az összes ilyen jellegű kiadás 27,3 milliárd forint, és ennek a legnagyobb része a gyedben részesülők utáni nyugdíjbiztosítási járulék átadása, fizetése, amit a Nyugdíjbiztosítási Alap felé teljesít az Egészségbiztosítási Alap. Ez 22,5 milliárd forint.

Ezen kívül ide tartozik még egy-két kisebb tétel, postaköltség, a kifizetőhelyeket megillető költségtérítés.

A másik kérdés pedig Kovács képviselő úrnak a járulékplafon ügyében feltett kérdése. Azt kijelenthetjük, hogy a 2011-es benyújtott költségvetési törvényjavaslat nem tartalmaz a munkáltatói járulékplafonra meghatározott összeget, és nem is számol vele.

Határozathozatal az általános vitára való alkalmasságról

ELNÖK: Köszönöm szépen, főosztályvezető-helyettes úr. Lezárom a vitát, és kérdezem a tisztelt bizottságot, ki ért egyet a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló törvényjavaslat általános vitára való alkalmasságával. *(Szavazás.)* 14 igen. Ki nem ért egyet? *(Szavazás.)* 6 nem. Ki tartózkodik? *(Nincs jelzés.)* Nem volt tartózkodás. Köszönöm szépen.

Felhívom a tisztelt bizottság figyelmét... *(Dr. Garai István Levente: Kisebbségi véleményt szeretnék majd megfogalmazni!)* Egy pillanat! Van elnöke a bizottságnak. *(Derültség.)* Most akartam ezt a mondatot elkezdni. Úgy látom, hogy van figyelőszolgálat az ellenzék részéről, de nem maradt volna ki. *(Derültség.)*

A kisebbségi véleményt írásban, a holnapi napon 13 óráig lehet benyújtani. Mindenki ismeri a költségvetési törvénytervezetek vitájában ezt a kezelési módot, írásban kell benyújtani, és aztán megy a dolog a maga útján. Köszönöm szépen.

A hazai alkoholfogyasztási és dohányzási helyzet értékelése

Rátérünk a második napirendi pontra: a hazai alkoholfogyasztási és dohányzási helyzet értékelése. Kérem az előterjesztőt, dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat, köszöntöm dr. Gyebnár Brigitta megbízott főosztályvezető asszonyt, és köszöntöm a témában megjelent dr. Kovács Gábor professzort, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnökét, és ha szabad, nem olvasom fel most a többi kedves vendégünk nevét, akik megtiszteltek bennünket a jelenlétükkel. Kérem helyettes államtitkár urat, hogy rövid előterjesztést szíveskedjék tenni a témában, ha lehet egyáltalán két ilyen óriási témát így kezelni. Nagyon sajnálom, hogy így elhúzódott a parlament délelőtti rendkívüli programja, de szeretném, ha ezt a napirendi pontot még abszolválnánk.

DR. CSERHÁDI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Elnök Úr! Nagyon rövid leszek. Elnézést kérek, próbáltuk jelezni, hogy a parlamenti csúszás miatt ma délután lesz a kormányülés tárgya a salátatörvény, és nagyon kemény vita várható, és nekem vissza kell mennem felkészítésre. Ezt jeleztük is előre, hogy főosztályvezető asszony maradna itt, ha szabad, elnézést kérek érte, de nekem el kell mennem.

ELNÖK: Főosztályvezető asszonyt sok szeretettel köszöntjük, és akkor várjuk tőle az előterjesztést. Köszönöm, helyettes államtitkár úr.

Dr. Gyebnár Brigitta főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) előterjesztése az alkoholfogyasztási helyzetről

DR. GYEBNÁR BRIGITTA főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Szeretettel köszöntöm a bizottsági elnök urat, alelnök urat, a tisztelt bizottságot. Szeretném megkérdezni, hogy melyikkel kezdjem.

ELNÖK: Melyikkel tetszik óhajtani? Melyiket látja könnyebbnek a kettő közül? Parancsoljon!

DR. GYEBNÁR BRIGITTA főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Ha én választhatnék, akkor lehet, hogy egyiket sem, úgy értem, sem alkoholt, sem dohányzást.

De visszatérve komolyan a tájékoztatókra. A napirenden szerepelt részben a dohányzási szokások és a következtében kialakult mindenféle káros hatás és az egészségpolitika ez irányú feladatai, a másik téma pedig az alkoholfogyasztás okozta népegészségügyi tehertételekről készült tájékoztató, illetve beszámoló anyag.

Akkor először az alkohol témájával kezdenék, illetve erre térnék rá. Az alkoholfogyasztás témájában összeállított tájékoztatóban szakértőink vettek részt, és az összeállítás nagy részben kitér részben az Európai Uniónak, részben pedig hazánknak ebben a körben elfoglalt helyével kapcsolatban.

Tudjuk azt, hogy Magyarországon a túlzott alkoholfogyasztás mintegy 8 ezer ember korai, megelőzhető haláláért felelős, és mind az Európai Unióban, mind pedig a WHO alkoholstratégiájában foglaltak szerint nagyon komoly a probléma. Éppen ezért már 2006 óta voltak olyan kezdeményezések, amelyek a nemzeti alkoholpolitika, alkoholstratégia kérdésével foglalkoztak, és jelenleg a Lelki egészség országos programjának külön fejezetét képezik.

Számos kockázati terület van, amelyen az alkoholfogyasztást meg kell említenünk, legyenek azok a daganatos megbetegedések, a kardiovaszkuláris megbetegedések, pszichiátriai és neurológiai betegségek. Ezen túlmenően olyan külső eredetű halálozási tényezők, mint a balesetek, az öngyilkosság, az erőszakos bűncselekmények és az alkohol okozta intoxikáció, nem beszélve a magzati károsodásról, a terhességi szövődményekről egyaránt.

Fontos az is, hogy Magyarország világviszonylatban is elől áll az alkoholfogyasztás tekintetében. Míg 1980-ban 13 liter/év volt az adott tiszta alkoholfogyasztás, 2000-ben ez egy 11-12 liter közötti számot mutat, és Magyarország a C-régióba tartozik, ami azt jelenti, hogy részben a tömény ital fogyasztása, a nagyivók száma és az alkoholfüggő betegek száma is igen magas.

A fogyasztási szokások tekintetében számos felmérés birtokában vagyunk, és ennek kapcsán tudjuk azt, hogy folyamatosan nő azok aránya, akik a nagyivók csoportjába tartoznak, és ami nagyon érdekes és szomorú tény, hogy a problémás viselkedés is ehhez kapcsolódik, legyen az a családon belüli erőszak, a balesetek vagy az öngyilkosság kérdésköre.

A fiatalok esetében a kilencedik évfolyamosok körében vizsgáldták, és azt tapasztalták, hogy 80 százalékuk már kipróbálta az alkoholt, és folyamatosan nő a lányok körében is az alkoholfogyasztás, ami azt jelenti, hogy terjed a nagyivás, és ehhez kapcsolódik egyfajta problémás viselkedés is, és a fiatalok körében ez szövődik a már említett balesetek, illetve problémás viselkedés kérdéskörével.

A másik fontos terület az alkoholos intoxikáció kérdése is, amely a nagyivás kérdésköréhez kapcsolódik, és a férfiak esetében mintegy 11 százalékban tapasztalták azt, hogy nem volt képes kontrollálni, illetve kontrollvesztéses állapotba került, ami az intoxikáció egyik következménye. Sajnos, erről olyan adatok állnak rendelkezésre, hogy mondjuk 2008-ban az intoxikált állapotba kerülőknél mintegy 910 esetről számolnak be. Ez érzékelhetően nem azokat az adatokat mutatja, amelyek mondjuk a valóságban ténylegesen előfordulnak, csak azokat, akik mondjuk intézménybe kerülnek ezzel a problémával.

Ugyancsak fontos kérdés az alkoholfüggők száma, és ezzel kapcsolatban is a szakterületen tudjuk azt, hogy az adatok csak becsülhetőek, illetve erre részben az ismert Jellinek-formulát használják, illetve az ezzel kapcsolatos becsléseket, illetve azokat a nyilvántartásokat, amelyek részben a pszichiátriai, illetve addiktológiai gondozókban jelennek meg, és ezek az adatok éppen ezért nagyon széles skálán mozognak.

Mindenképpen fontos azért megemlíteni, hogy mintegy 8 százalékra tehető a 15 év fölötti lakosság körében az alkoholfüggők aránya. Ahogy említettem már, az alkohol okozta halálozás tekintetében főként a tumoros megbetegedések azok, amelyek mint oki tényezőként szerepelnek: a fej-, nyaki tumorok, a nyelöcső-, gyomorrák, májrák, hasnyálmirigy, emlő, és ezeket sajnos, nem győzzük sorolni, hiszen nagyon sok ilyen terület van. Hasonlóképpen a kardiovaszkuláris megbetegedések területe ugyancsak ide sorolható.

Fontos még megemlíteni, hogy a munkahelyi baleseteket sem szabad elfelejteni, és itt is megemlítem, hogy ugyanakkor nincs olyan nyilvántartás, amely ezt pontosan, akár számszerű adatként is be tudná mutatni.

Az öngyilkosság tekintetében: itt olyan szempontból Magyarország sokszor, sok éven keresztül élen járt az öngyilkosságban, de ez az érték bizonyos szempontból csökkent, és itt Litvánia és a balti országok kerültek előre, de a nagyivók körében az öngyilkosság sokkal elterjedtebb. Egyébként, ha hazánk területi egyenlőtlenségeit nézzük, akkor az Észak-Alföld területe az, ami sokkal inkább érintett ebben a kérdéskörben.

Nagyon fontosak azok a nemcsak népegészségügyi tehertételek, hanem társadalmi károk, amelyek részben a bűncselekménye, családi problémák, a válás, a gyermekabúzus, illetve az alkohol és a munkahelyi problémák között feszülnek, és gyakorlatilag kimondhatjuk azt is, hogy ezek ilyenformán mérhetetlen károkat okoznak.

Fontos megemlíteni azt is, hogy az anyagban kitérünk olyan fejtegetésekre, amelyek részben azokat a feladatokat sorolják fel, amelyek ahhoz szükségesek, hogy ezeket a károkat csökkentsük, illetve megelőzzük ezek kialakulását. Ezek között egy ilyen felsorolást teszünk, amelyek részben a prevencióra, részben a kezelésre, részben pedig olyan feladatok felsorolását mutatja be, amely az adatgyűjtésre vagy a korai kezelés bevételeire, vagy olyan minimális intervenciók tevékenységekre utal, amit minél hamarabb meg kell kezdeni. Ugyanakkor fontos az is, hogy kitérünk az anyagban egy olyan fejtegetésre – és ez főleg a mellékletben található –, amely az adópolitika és az adózás kérdéskörét fejtegeti. Fontos itt hangsúlyozni, hogy ezek egy része becsléseken, más részük bizonyos szintű elgondolásokon alapulnak, és magunk is inkább ebben próbálkoztunk tapogatózni ebben a kérdéskörben. Mindenesetre az elmondható, hogy maga az alkohol és annak fogyasztása is bizonyos szempontból érzékeny, főleg a fiatalok körében. Erre más országokban, úgy mint Dániában, Németországban is voltak próbálkozások az úgynevezett alkopop termékek körében, ezek ilyen ízesített, nemcsak alkoholtartalmú, bizonyos szempontból vonzóbb termékek, és a fiatalok körében népszerűek és alkalmasak arra, hogy a függőséget és a hozzászokást erősítsék. Éppen ezért ezekre kivetettek bizonyos magasabb adókat, így a fogyasztást csökkentették ezáltal valamilyen mértékben. De hazánkban ezek azért nem elterjedtek, ezek inkább külföldi példák voltak. Viszont fontos azt megjegyezni, hogy hazánkban bizonyos termékek, a bor, a tömény, illetve a sörtermékek és azok alkoholtartalmától függően történik az adó meghatározása.

Éppen ezért ebben volt egy ilyen gondolatmenet, hogy az alkohol grammja, illetve millilitere szempontjából kivetett bizonyos jövedéki adók, ezek kapcsán fokozhatunk olyan tendenciákat, amelyek az adó emelésével a fogyasztás csökkenését érhetik el. Ugyanakkor tekintettel arra, hogy ebben csak javaslatokat vagy gondolatokat fogalmaztunk meg, folytattunk egyeztetést az NGM-mel is, és bizony, érdekes eredmény volt az, hogy az adó emelését, ugyanakkor a fogyasztás csökkenését várnánk tőle, de nem biztos, hogy az adóbevételek ezzel emeljük.

Tehát egy nagyon érdekes úgymond eredményre jutottunk. Viszont mindenképpen fontos, hogy hasonlóan, részben más országok gyakorlataiból ezeket a bevételeket érdemes a megelőzésbe visszaforgatni, és azon területre, amely a leginkább érzékeny, fordítani. Az anyagban erre vonatkozóan is megfogalmaztunk javaslatokat, illetve azokat a teendőket, amelyek – ahogy említettem – a megelőzésre mindenképpen irányulnak, és ahogy mondtam,

nagyon fontosak azok az egész lakosságot érintő ösztönző vagy mozgósító kampányok, amelyek az alkoholfogyasztást csökkentik. És itt fontos a különböző ágazatok közötti együttműködés, legyen az például az ittas vezetés, a zéró tolerancia kérdése vagy a balesetek csökkentése az alkohol esetében, nagyon fontos a fiatalok elérése, itt a teljes körű iskolai egészségfejlesztés kérdését is érintjük, amelyet fontosnak tartunk. De ezen túlmenően a gyermekvédelem kérdése, az önkormányzati közösségi programok szervezése, az önszolgáltató közösségek, illetve a már említett célzott adatgyűjtés mind-mind hozzájárulnak a fent vázolt problémák csökkentéséhez és a teljes körű komplex probléma kezeléséhez. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagyon szép összefoglalást kaptunk. Kérdezem a bizottság tagjait, hogy ehhez a kérdéshez kíván-e valaki hozzászólni. Iván László képviselő úr!

Kérdések, hozzászólások

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Azt hiszem, hogy még néhány száz, ezer esztendőnek el kell telnie ahhoz, hogy ebben az ügyben ténylegesen rendszerszemléletben, rendszergyakorlattal tudjunk előrelépni.

Amit az én néhány évtizedes tapasztalatom, tudásom megfogalmaz, az, hogy először is Magyarország népességének a frusztrációs tendenciája az utóbbi években, de egyébként is fokozatosan nőtt. Ez a frusztráció teszi azt, hogy az alkoholhoz való viszonya az embereknek nagymértékben változott, és ebben van néhány olyan dolog, ami a prevenció szempontjából, az ellátás szempontjából, a feltérképezés szempontjából számba jön. Vannak olyan teljesen közérthető és látható tényezők, amelyek ezt fokozzák, ilyenek például azok a jelenleg alkoholkorszakot jelentő divatok, amelyek változatlanul rendkívül erősen jelen vannak: Bor Magyarország, Pálinka Magyarország, stb. Mindig megtöltve persze egy háttérrel, hogy miért fontosak ezek gazdaságilag, emberileg, stb. De ezek így, ebben a változatban mindenképpen átalakítást, változtatást igényelnek.

A másik ilyen rendkívül súlyos kérdés, hogy vajon, az egész alkoholfüggőségben, alkoholbetegségben, alkohollal való kapcsolatban nem mérjük, nem nézzük azt például, hogy mennyire változott az atípusos részegségeknek és nem utolsósorban a patológiás részegségeknek, tehát az úgynevezett toxikus, de nemcsak egyszerűen toxikus részegségeknek az állapota. Ezeknek a felmérése, vizsgálata feltétlenül szükséges lenne ahhoz, hogy a megközelítése az ellátásban, a prevencióban nagyon fontos feltételeket kellene hogy teremtsen. Nyilvánvalóan ezeknek a megjelenésében a háttér, a személyiség, a környezet stb. nagyon fontos, nem folytatom.

A másik pedig, hogy a prevencióban ott vannak a családok, és ez egy óriási váltást jelentett, amikor a diszkóház és a diszkó elindult Magyarországon is. A diszkó közösségi hatásoknak, a referencia kluboknak a belépése ebből a szempontból változatlanul mindenféle támogatás, segítség, megoldás nélkül zajlik folyamatosan, fokozódik, hasonlóan a kábítószerhez, hasonlóan a dohányzáshoz. Másrészt: nem lehet csak alkoholproblémáról beszélnünk, mert az alkohol és a dohányzás nagyon szorosan összefügg egymással, és a vegyes formátumoknak és a vegyes változatoknak a megjelenésében komplexebb prevencióra, komplexebb ellátásra van szükség. Egy biztos, hogy azok a közösségek, amelyek jelenleg ebben részt vesznek és mind inkább részt vettek már előzőleg is az elmúlt évtizedekben, azt hiszem, ezeknek a megerősítése alapvető kérdés, és ebben támogatást kell adnunk.

Összegezve az én pár gondolatomat: azt kell kifejeznem, hogy az alkohol és a nikotin is – ami majd később szóba kerül -, az alkoholprobléma is nem megfelelő úgynevezett megközelítést kap sem a szakmától, sem a politikától, mert ezek az ijesztő számok ezek

fontos számok. A statisztikák rendkívül fontosak, de ezekre a kutya nem figyel oda, bocsánat a kifejezésért, és nem figyelnek oda főleg a fiatalok, hiszen anteponálódtak korban, előbbre kerültek az alkoholproblémák is a fiatalok között, a nők között is megjelent a fokozottabb megjelenése, de egyáltalán a reklámoknak, az elrettentő statisztikáknak ilyen szempontból a hatékonysága nem elégséges, sőt majdnem azt mondom, hogy gyakorlatilag alig ér valamit.

Tehát ennek a megelőző programnak az átdolgozása, felülvizsgálata ugyancsak szükséges, és a számok fontosak, de a számokhoz kapcsolódó tennivalóinknak a feltételeit is figyelembe kell venni, és ez bizony, már költségvetési kérdés is és egyéb vonatkozású feladatokat is jelent. Köszönöm szépen, ezt szerettem volna elmondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Kovács Tibor képviselő úr!

KOVÁCS TIBOR (MSZP): Köszönöm szépen, elnök úr. Nem tudom, képviselőtársaim tudják-e, nem kell tudniuk nyilvánvalóan, az előző két ciklusban a pénzügyminiszter felkérésére a Jövedéki Tanács elnöke voltam, és ezzel a két területtel intenzíven és jelentősen foglalkozott természetesen a Jövedéki Tanács is. Elsősorban adóbevételi szempontok alapján természetesen, de más, egészségi szempontok is megjelentek a Tanács működésében és értékelésében.

Az anyag is beszél arról, hogy mindkét termék esetében, az alkohol- és a dohánytermékek esetében is sokkal kisebb a káros hatása a minőségi termékeknek. Tehát az egyikféle politika az, hogy a minőségi termékek irányába próbálja meg a kormányzat akár az adópolitikával, akár más eszközökkel szorítani ezen termékeket. Azt kell mondanom, hogy hihetetlen erőfeszítéseket tett a jogalkotás is és a jogalkalmazás is, a Vám- és Pénzügyőrség is a tekintetben, hogy egyrészt a csempészett, az alacsony minőségű dohánytermékeket visszaszorítsuk itt Magyarországon. De ugyanez igaz az alkoholtermékekre is, és mind az adóbevételek szempontjából, mind az egészségre káros hatás szempontjából az úgynevezett bögrecsárdák vagy a feketén főzött pálinkák értékesítése és annak az egészségkárosító hatásai voltak a leginkább meghatározóak.

Hosszú évek erőfeszítései eredményeként például a magyar pálinkaipar is elindult egy minőségi fejlődés irányába, és ma már nemzetközileg is ismert és elismert, jó minőségű alkoholtermékek kaphatóak Magyarországon.

Mindezek ismeretében én egyszerűen döbbenet hallottam, amikor a miniszterelnök a parlamentben bejelentette az adómentes pálinkafőzés lehetőségét, az otthoni pálinkafőzés lehetőségét. Még inkább megdöbbenem akkor, amikor hatalmas tapsvihár fogadta a kormánypárti oldalról ezt a bejelentést, és a döbbenetem fokozódott, amikor az Országgyűlés Egészségügyi bizottsága nem emelte fel szavát, hogy ezt azért már mégse kellene! Merthogy ez lehet, hogy egy nagyon népszerűnek látszó intézkedés, de ennek a negatív következményeit aztán nem tudom, hogy ki fogja majd felmérni mind az adóbevételek szempontjából, mind az egészségkárosítás szempontjából. Senkinek ne legyen kétsége, hogy ezek a termékek teljesen bizonytalan minőségű termékek, és csak idő kérdése, tudom, az elmúlt nyolc év tapasztalata alapján, jövedéki tanácsi, VPOP-tapasztalat alapján, hogy ezek a termékek mikor fognak megjelenni a falusi kocsmákban.

Tehát itt csatlakoznék ahhoz természetesen, hogy a jogalkotásnak és a politikának is megvan a maga felelőssége ezen a területen, mert azt szokták mondani, hogy a hozzáférés, a hozzájutás akadályozása vagy megnehezítése azért mégiscsak segít azon a negatív folyamaton és azon a tendencián, amin mi intenzívebben szeretnénk változtatni.

Tehát én egy nagyon-nagyon elhibázott lépésnek és intézkedésnek tartottam ezt ezen a területen, és mondom még egyszer: nagyon csodálkozom azon, hogy a parlament Egészségügyi bizottsága nem emelte fel a szavát, hogy ezt azért mégse kellene csinálni, mert ennek több kára lesz, mint haszna az ország tekintetében és az egészségügy tekintetében is, de

már túl vagyunk rajta, de azért ezt mindenképpen fontosnak tartottam elmondani. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Képviselő úr felé szeretném jelezni, hogy a parlament Egészségügyi bizottságának több tagja, köztük én is elemeztük azt a nemzetközi gyakorlatot, ami szerint megnéztük, hogy azokban az országokban, bár ezek között sok fejlett társadalom van, mint mondjuk Skócia, ahol a magánszeszfőzés meglehetősen elterjedt, magasabb-e azoknak a betegségeknek a száma, amelyek összefüggésbe hozhatók az alkohollal, és nem láttunk szignifikáns különbséget. Ez egy kultúrának a kérdése.

Eszembe jutott most, nem mondom a nevét, isten nyugosztalja, elhalt világhírű patológusunknak a híres mondása, hogy „Fiam, Johnny Walkert igyál, mert akkor nem lesz cirrhosizod!” Abban halt meg. Úgyhogy nagyon vigyázni kell ezzel a megítéléssel, hogy jó minőség vagy nem jó minőség, hiszen pontosan tudjuk, hogy az alkohol hatása egy dolog, de ha mellette mondjuk valaki Hepatitis C vírus hordozó vagy valami más probléma van a háttérben, akkor a legjobb minőségű ital is nagyon súlyos egészségkárosodást tud okozni. Tehát ez egy nagyon bonyolult kérdés. Elnézést a megjegyzésért.

Van-e valakinek még valamilyen hozzáfűznivalója a témához? Szilágyi László képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen. Nagyon örülök ennek az előterjesztésnek, és nagyon szeretném kérni, hogy valami jobb minőségben hadd kapjuk ezt meg. Megvan ez valahol? Ugyanis amit mi kaptunk, az egy ilyen ronda beszkenelt valami volt, és számomra ez szinte olvashatatlan.

ELNÖK: Az Egészségügyi bizottság nevében mondom, hogy ez egy nagyon szép összeállítás. Ugyanez van nálad? (*Szilágyi László: Félek, hogy nem.*) Be kellene színezní, talán akkor. Ez egy nagyon szép összeállítás. Igaz, hogy fekete-fehér, de éppen meg akartam dicsérni, jelentős árnyalatokkal mutatja be. (*Dr. Puskás Tivadar: Elektronikusan színes.*) Elektronikus formában megvan színesben is.

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Azt szeretném mondani, hogy odáig mindig nagyon hamar eljutunk, hogy elemezzük az alkoholfogyasztás egészségügyi következményeit, de én azt gondolom, hogy az alkoholfogyasztás okait és ennek a szociokulturális hátterét nem vizsgáljuk eléggé. Azt gondolom, ez az anyag sem vizsgálja eléggé.

Ugyan a másik rész kitér arra, hogy széles körű, sokrétű kárstruktúra azonosítható az alkohollal összefüggésben, azt gondolom, hogy ez sincs megfelelően elemezve, és nem látjuk ezeket a következményeket kellő mélységében.

Tehát azt gondolom, hogy nagyon fontos lenne erre visszatérni, biztos, hogy a szociokulturális okokat nagyon mélyen kellene ismernünk ahhoz, hogy lássuk, hogy hogyan lehet itt beavatkozni, és biztosan nagyon komolyan kellene beszélünk az anyagnak a végéről, ahol az intézkedési lehetőségek vannak. Azt hiszem, hogy ebben nincsenek jó hagyományaink.

Úgyhogy szerintem, ha csak lehet, térjünk vissza erre később, amikor egy kicsit nyugodtabbak a körülmények, mert ez a téma egy komolyabb bizottsági ülést is megérdemelne. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Teljesen egyetértek vele, és szeretném jelezni, hogy nagy népegészségügyi kérdésekről lesz még idén is szó az Egészségügyi bizottság előtt, ahol nyilvánvaló, hogy ez a két nagy népegészségügyi paradigma, mármint az alkoholfogyasztás,

alkoholizmus, a dohányzás, ez még ide fog kerülni a bizottság elé. De törekedni fogunk arra, hogy részletesebben is foglalkozzunk a témával.

Kérdezem Gyebnár Brigitta megbízott főosztályvezető asszonyt, hogy kíván-e röviden válaszolni ezekre.

DR. GYEBNÁR BRIGITTA főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Két dologra szeretnék csak reagálni. Az egyik az, hogy valóban fontos a célcsoport olyan szintű elérése, hogy akár a fiatalok vagy akár az a csoport, aki könnyebben vagy másképpen fér hozzá az alkoholhoz, tehát ez mindenképpen fontos a prevenciós programok tervezésénél, ezzel abszolút egyetértünk, illetve a másik fontos, hogy a szociokulturális háttér, illetve a kárstruktúra nevesítése hogyan szerepel.

Itt csak annyit szeretnék mondani, hogy a tájékoztatóban és az Egészségügyi bizottság napirendjén a népegészségügyi tehertételek szerepeltek, tehát ilyenformán fókuszált az anyag arra, mert a tehertételek megnevezését elemzi, és nem tért ki az okokra. Ez egyértelmű, de tehertételeket nevesítettünk. Így a kárstruktúra elemzését ebből a szempontból is fókuszról vizsgáltuk. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Akkor kérem megbízott főosztályvezető asszonyt, hogy röviden a dohányzási szokásokról és az egészségpolitika ez irányú feladatairól egy rövid összefoglalót adjon.

Dr. Gyebnár Brigitta főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) tájékoztatója a dohányzási helyzetről

DR. GYEBNÁR BRIGITTA főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Hasonlóan, illetve attól egy picit túllépve az alkoholtémában, a dohányzás is egy nagyon fontos népegészségügyi probléma, és ezek mellett maga a napirend is nemcsak a hatásokat, szokásokat, hanem az egészségpolitika ez irányú feladatait is nevesítette. Ezért részletesebben tér ki az anyag az intervenciókra.

Mindannyiunk által ismert, hogy a dohányzás tekintetében, ha lehet, még rosszabbul állunk, mint az alkoholfogyasztás szempontjából, hiszen lehet, hogy ez a legrosszabb adat, de Magyarország világelső tulajdonképpen a tüdőrák okozta halálozás szempontjából, és ennek mintegy 90 százalékanak a dohányzást tulajdonítják.

Nagyon fontos, hogy a rendszeresen dohányzók aránya Magyarországon a lakosságban mintegy 38 százalék, és fontos az is, hogy aki soha nem dohányzott, az mintegy 47 százalékot tesz ki. A legjelentősebb megelőzhető haláloknak tekinthető, és nagyon hangsúlyos az, hogy megelőzhető, tehát itt ebben óriási feladatok vannak.

Nagyon fontos az is, hogy több vizsgálat készült erről, részben az Eurobarométer, részben pedig a Gallup Intézet és ugyanakkor az Országos Egészségfejlesztési Intézet, nagyon sokan sokféle kutatást végeztek és tanulmányt, ennek különböző hatásaira, eredményeire nézve.

Fontos azt elmondanunk, hogy a dohányzással összefüggő betegségek esetében közel 30 ezer ember hal meg, és ezért is említettem, hogy ez a szám az alkoholnál sokkal rosszabb arányokat képvisel. Így a kardiovaszkuláris megbetegedések esetében mintegy 41 százalékos összefüggést mutatnak, daganatok esetében 21 százalék, és az említett tüdőrák pedig világelső, amihez nem kell külön magyarázat. Számos olyan területet és megbetegedést befolyásol, szinte nem tudunk olyan szervet és szervrendszert mondani, amit nem befolyásol maga a dohányzás és annak kárai.

Fontos, hogy népegészségügyi és gazdasági hatásokról és károkról is tudunk beszélni, nemcsak morbiditási, mortalitási mutatókról, hanem a GKI által végzett kutatásban, amelyben ugyanúgy a gyógyszerkiadásra, rokkantnyugdíjra, fekvőbeteg-ellátásra és a jövedelemkiesésre

nézve végeztek kutatásokat. Bár ez egy 2004-es adat, de ez is megdöbbentő, hiszen a GDP 1,7 százaléka veszett el a dohányzás következtében, amely ha a kiadást nézzük, az 315-330 milliárd forintot jelent. Ez az aktív, a rendszeresen dohányzók esetében, és a passzív dohányosokat se felejtjük el, akik kényszerülnek erre, és ez mintegy a GDP 0,5 százalékát veszi el, ez 17 milliárd forintot jelent.

Fontos az, hogy a WHO, illetve az Európai Unió is számos kezdeményezést indított, és ehhez hazánk is csatlakozott 2005-ben, amely a Dohányzás-ellenőrzési keretegyezmény keretei között volt, és ezzel kapcsolatban több irányelvből tevődik össze. Ez az anyag taglalja, és ezek közül, amely az Európai Unió, illetve a WHO is elfogadta és a tagországai is ezzel egyetértettek, ezek közül négy irányelv az, ami érvényben van. Így a dohányfüst-expozíció elleni védekezés, a népegészségügyi politika és dohányiparra vonatkozó, a dohánytermékek csomagolása és címkézése, illetve a dohányreklám és szponzorálás kérdése.

A dohányzás visszaszorítására vonatkozóan intervenciókat fogalmaztunk meg, és ebben részletesen térünk ki azokra, amelyek nem tűrnek halasztást. Az első körben a rászokás megelőzése volt, és itt megint a fiatalok, a gyermekek, a tanulók azok, akik fókuszba kerülnek, és mondható – szintén több vizsgálat eredményeként -, hogy a tanulók egynegyede dohányzik. És bár elmondható az is, hogy bizonyos szempontból a vizsgálatok eredményeiből kismértékű javulás mutatható ki, de eltolódás mutatkozik a dohányzást imitáló termékek felé, és erre majd később egy kicsit visszatérek, hogy pontosan miről is van szó.

Mindenesetre a rászokás megelőzése témájában számos feladatot sorolunk fel, legyen az részben a lakossági tájékoztatás, azok a színtér programok, amelyek korszpecifikusak, ugyanakkor részben már említettük az iskoláskorúak teljes körű egészségfejlesztését, hogy mit tehet a védőnő ugyanebben a témában és az ő feladatainak, erőforrásainak segítése is e köré a téma köré csoportosul.

A másik fontos teendő a leszokás segítése, hiszen a dohányosoknak mintegy 45 százaléka már megpróbált leszokni, ezek között van, aki csak egyszer, de van, aki ennél sokkal többször próbált már.

Látom Kovács Gábor urat is, aki részt vett a szakmai irányelv kidolgozásában, ami egy fontos előrelépés volt a dohányzásellenes küzdelemben. Ezek mellett az alapellátásnak óriási feladata van, amely a minimális intervenció kérdését fejtegeti, hiszen a háziorvosoknak fontos egyrészt észlelni, megkérdezni azt, hogy egyáltalán dohányzik-e, és lehetőség szerint felajánlani, motiválni abba az irányba, vagy legalábbis tanácsot adni, hogy hová forduljon, ha a dohányzásról lehetne leszokni, vagy egyáltalán a dohányzás milyen károkat okozhat, ebben nagyon nagy felelősség van.

Fontos kérdés, hogy milyen egyéb segítség lehet a leszokásban, legyenek azok nem gyógyszeres, telefonos segítségek, gyógyszeres, a programszerű leszokástámogatás, illetve egyéb kognitív terápiák, amelyek más célú terápiás segítséget is jelentenek, hiszen biztosan nem egyszerű magáról a dohányzásról való leszokás, hacsak nem megyek messze, szegény édesapámon is ugyanezt látom.

Nagyon fontos kérdés a nemdohányzók védelme, ez többször előkerül, ugyanakkor a nemdohányzók védelmének jogi szabályozása, amelyben az ágazat a zéró tolerancia elvét követi, és ezt hosszasan citáljuk is az anyagban, hogy melyek azok a területek, amelyekre ki kell térnie majd a jövőben a nemdohányzók védelme szabályozásának. Ez ugyanúgy, ahogy már említettem, a tervek között szerepel.

Nagyon fontos kérdés a dohánytermékek szabályozásának a kérdése, amely részben a gyártásra, részben azok kiszerezésére, árusítására, összetételére vonatkozik, hiszen erre részben európai uniós, részben pedig hazai szabályozók vonatkoznak, amelyek az adott termékek, kátrány, nikotin és szén-monoxid szintjére mintegy előírászerűen határozódnak meg. Ezek szabályozása is egy nagyon fontos kérdéskör. Ugyanez a csomagolás, amely a képes egészségvédő feliratok témáját jelenti, mintegy 42 ilyen ábra van, amely az Európai

Unióban több országban már bevezetésre került, és hazánkban is ugyancsak a tervek között szerepel. Ezek között egy nagyon érdekes folyamat, az úgynevezett „plain packaging” is előfordul, Ausztráliában már 2012 januárjától bevezetik, miszerint semmilyen reklám, semmilyen terméken nincs, mintegy fehér dobozok vagy egy köztes színű dobozok fordulnak elő, és ebben már nincs benne külön reklám és nincs márkanév, hanem abszolút a semleges megjelenés az, ami érdekes példa lehet.

Említettük a dohánytermékeket imitáló termékeket, ezek között megjelent az elektromos cigaretta kérdése, aztán a vízpipa, és erre térnek vissza, hogy vízpipa mintegy 11 százalékban folyamatosan elterjedté vált a fiatalok körében, hiszen társasági élet kapcsolódik hozzá, és károsító hatását tekintve mintegy százszor károsabb, mint a dohányzás.

Az elektronikus cigaretta kérdéskörét csak érintem szintén, de kifejtjük az anyagban, hogy ennek szabályozása, sőt betiltása is mindenképpen ezek közé tartozna, és ennek a kérdéskörnek a tisztázása is nagyon fontos feladat.

Ezek között ugyancsak, ahogy az előbb említettem az alkoholnál, itt is egy kicsit fejtegetjük a már említett adóbevételi és adópolitikai kérdéseket, ugyancsak egyeztetve az NGM-mel és ugyancsak fontos kérdés, hogy hogyan lehet megoldani, befolyásoló erővel bírni az adózás és a fogyasztás kérdését. Tudjuk, hogy a jövedéki adó ugyanebben a témában 4-6 százalékkal várhatóan emelkedik a cigarettáknál, a fogyasztási dohány esetében pedig 12 százalékkal. Tehát folyamatosan emelkedik ez az arány is.

Mi itt felvetünk egy olyan megközelítést, amely szintén más külföldi országokban is használatos, miszerint a szálankénti termékdíj, ami szintén nagyobb mennyiségű becslések - és ahogy említettem, mindezek csak becslések és elgondolások – esetében adott évben esetlegesen 4,5-5 milliárd forintot jelenthetnének, de fontos itt is megjegyezni, hogy milyen hatással van a keresletre, a fogyasztáscsökkenésre és az adóbevételre, amit már itt is említettünk.

Fontos, hogy a fogyasztókat milyen mértékben terhelje vagy ne terhelje ez a kör, hiszen ez itt újabb problémákat vet fel, mindenesetre ezek elgondolások és érdekes felvetések lehetnek a jövőbeli tervezéseknél. Itt is megemlítem azt, hogy ennek a megelőzésre való visszaforgatása ugyancsak egy fontos és érdekes kérdés. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen, főosztályvezető asszony. Szétválasztottuk ugyan a két témát, de azért azt hiszem, hogy mi, akik itt ülünk, mindannyian tudjuk, hogy a dohányzás és az alkoholizmus között van összefüggés. Sajnos, a klinikai gyakorlatból is tudjuk, hogy egy negatív potenciózó, szinergisztikus hatás is van a kettő között, azért szerepel egy témában a kettő. De így a referátum most kettévált.

Szeretném javasolni a tisztelt bizottságnak, hogy ha megengedik, akkor mivel itt van Kovács Gábor professzor, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke, aki ebben a kérdésben nemcsak országosan, hanem nemzetközi szinten is ismert szakember, hogy négy-öt percben, ha lehet elmondaná a véleményét. Egyetért ezzel a bizottság? *(Többen jelzik, hogy igen.)* Köszönöm szépen. Professzor úr, parancsoljon!

Dr. Kovács Gábor, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnökének hozzászólása

DR. KOVÁCS GÁBOR, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke: Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Egészségügyi Bizottság! Magam a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke vagyok, de ebben a témában több, a dohányzás egészségkárosító hatásai miatt érdekelt társaság együttműködését is illusztrálva, többek nevében szólok hozzá, így a kardiológusok, a háziorvosok, a népegészségügyi szakemberek, angiológusok, hipertónia szakemberek nevében. Együttműködésünk eredménye az, hogy szeretnénk a dohányzás visszaszorítása érdekében jó értelemben véve lobbizni, meggyőzni azokat a jogalkotókat, akiknek módjuk van befolyásolni mindazokat a jogszabályokat, amelyek jelen pillanatban a dohányzás

területén Magyarországon még nem az európai uniós ajánlásoknak megfelelően vannak érvényben.

Ezek a társaságok szorgalmazzák az 1990. évi XLII. törvénynek a szigorító módosítását. Szükségesnek tartjuk a dohányzás szigorú tilalmát a munkahelyeken, az oktatási intézményekben, és minden vendéglátó-ipari egységben, beleértve a meleg-, illetve a hidegkonyhai egységeket egyaránt. Szükségesnek tartjuk, hogy a dohánytermékeket speciális, csak erre a célra szolgáló szaküzleteken kívül más kereskedelmi egységekben csak a vásárlók számára nem látható helyen és módon forgalmazzák, ezzel lehetőséget teremtve arra is egyben, hogy azok a kisebb speciális üzletek – valamikor ezt dohányárudának vagy trafiknak hívták – bizonyos pozícióba vagy helyzetbe kerülhessenek.

A jogszabály szövegének deklarálnia kellene, hogy a dohányzás, illetve a következtében kialakuló dohányfüggőség szenvedélybetegség. Ahogyan egyébként ezt a magyar kormány által aláírt és a Magyar Országgyűlés által korábban ratifikált WHO dohányzáskontroll keretegyezménye is kimondja. Ennek megfelelően viszont biztosítani kell a dohányfüggőség kezelésének, a leszokás támogatásának a feltételeit és elégséges, vagy a jelenleginél elégségesebb finanszírozását.

Szükségesnek tartjuk, hogy a dohányzással összefüggő betegségek gyógykezelésével, illetve a leszokás-támogatás finanszírozásával kapcsolatosan a költségek viselésében vállaljanak részt a dohánytermékek előállítói a jelentős profitjuk terhére. Úgy gondoljuk, hogy indokolt bevezetni egyfajta termékdíjat, amely hosszabb távon is szolgálhatja az említett célokat. Javasoljuk, hogy a visszaszorítást eredményező leszokás-támogatás finanszírozásában a biztosító is hatékonyabban támogassa ezt a tevékenységet. Például az idült légzésszervi betegségben szenvedő vagy akut szív- és érrendszeri eseményt követően a biztosító által finanszírozott szolgáltatások körébe emeljük be a szakmai tevékenység keretében – itt a leszokás-támogatás szakmai tevékenységére gondolok – alkalmazandó készítményeket, gyógyszereket is.

Annyit még záróként, hogy a nemzetközi felmérések egyértelműen alátámasztják, hogy a nemdohányzók védelme érdekében hozott, esetenként radikális intézkedéseket az egyes országok lakosságának a döntő többsége pozitívan értékelte, annak ellenére, hogy megfigyelhető volt természetesen ott is a gyártók és a vendéglátóipar erőteljes ellenállása.

Végezetül szeretném elnök urat megkérni arra, hogy én a hozzászólásomat írásban is összefoglaltam, én ezt elnök úrnak átadnám, és adjon rá módot, hogy a bizottság tagjai megismerjék ezt. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen, professzor úr. A bizottság tagjai meg fogják kapni, el fogjuk minden bizottsági tagnak küldeni. Nagyon szépen köszönöm a nagyon értékes kiegészítést.

Kérdezem a bizottság tagjait, ki kíván megjegyzést tenni, kérdést feltenni az előterjesztőnek. Iván László professzor úr!

Kérdések, hozzászólások, reagálások

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Két dologban mindenképpen fontos konszenzusra jutnunk, mint ahogy eddig is megpróbáltuk. Az egyik az, hogy a szigorítás mindenképpen fontos, mind a direkt dohányzással, mind a passzív dohányzással kapcsolatos védelmek vonatkozásában.

A másik megjegyzésem, hogy nem eléggé tanulmányoztuk azt, hogy vannak olyan változások, amelyeket viszont egyértelműen a magyar valóságban lehet tapasztalni, hogy befogadtuk. Az emberek nem dohányoznak a színházaknak, nem dohányoznak a villamoson, buszokon, stb., most már úgy tűnik, a vonatokon is sikerül bevezetni, és ezt akkor nagyon

keményen, határozottan, különböző érdekek figyelembevétel nélkül sikerült bevezetni, és ez hatékony volt.

Ezeket a hatékony dolgokat szerintem meg kellene próbálni most is ténylegesen bevezetni. Mindenképpen meg kellene tiltani az iskolákban a tanárok, nem tanárok, személyzet, gyerekek vonatkozásában a dohányzást. Ez egy alapvető, első lépés lenne, ezt alapvetően be kellene vezetni. *(Dr. Horváth Zsolt: Most is tilos!)* De dohányoznak! Thomas Mann azt mondta, hogy a törvény azért van, hogy áthágják, át is hágják.

A másik a média. A médiában is el kell juttatnunk, pláne most az új Médiatanácson keresztül azt az üzenetünket és azt a javaslatunkat a kormány felé is, hogy ezt határozottabban kellene forszírozni, hogy a dohányzásra vezető felszólító utánzási és felmentési magatartásformákat vissza kell szorítani. Egy példát mondanék a magunk ügyéről: a parlamentről. Más dolog megint, hogy a nikotinfüggők hogyan próbálják ezt megoldani, de amikor öt évvel ezelőtt vagy ötödik éve bekerültem a parlamentbe, akkor az első kérdésem az volt Kökény Mihályhoz és Schvarcz Tiborhoz, hogy miért van az, hogy ti itt óriási füstben ültök a folyosón, ami bejön a parlamenti plenáris ülésre, mi is keresztül kell hogy menjünk, sőt, ott kell hogy tartózkodjunk, miért nem tudtok valamit csinálni? Ezt azonnali hatállyal kellene rendezni. Erre mind a kettőnek az volt a véleménye, hogy ha nagyon meg akarod magad utáltatni és ki akarod vívni Horn Gyula ellenállását és a különböző megjegyzéseit, akkor ám, javasold, de mi ezt megpróbáltuk, és ez nem ment.

Tehát lényegében a helyi ellenállásoknak, a helyi attitűdöknek, az országos attitűdnek megint a háttérben mi van? Az van, hogy részben az üzleti érdek, ezt tudjuk nagyon jól, de ott van a frusztrált népeesség frusztrációs fokozódása, a magyar népeesség – nem kell bemutatnunk – mindenféle szempontból frusztrált.

A harmadik dolog pedig, hogy nagyon fontosak a statisztikák, de a háttérben az úgynevezett velejáró, a dohányzással, az alkohollal velejáró egyéb tényezők sokszor lemaradnak, és ezért mindent vagy a dohányzásra fogunk vagy az alkoholra fogunk vagy a kettőre együtt, vagy a kábítószerre plusz a háromra együtt. De azt hiszem, hogy ezt is sokkal differenciáltabban kell a jövőben figyelni és követni, és követéses vizsgálatokat kell kérni és javasolni. Mert az, hogy keresztmetszeti vizsgálatokban megállapítjuk, hogy ennyi, ilyen és ilyen az összefüggés látszólag, ez nem elégséges. Mi a gerontológiában tanultuk meg azt, az idősödés folyamataiban, hogy ha nem követéses vizsgálatokat csinálunk, akár évjáratokat, akár egyéni személyeseket, akkor teljesen félrevezetnek a következtetéseink. Úgyhogy én ezt máris felvetem, hogy javasoljuk.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Kovács Tibor képviselő úr, utána Szilágyi képviselő úr!

KOVÁCS TIBOR (MSZP): Utalva arra, amit az előzőekben elmondtam, tisztelt elnök úr, el kell mondani azt is, hogy az elmúlt tíz évben Magyarországon folyamatosan csökken a dohányfogyasztás, a dohánytermékek fogyasztása, évről évre mindig kevesebb és kevesebb. Ugyanakkor vizsgálatok folytak, komoly kutatások a tekintetben, hogy ezen belül a csempészett, úgymond adómentes dohánytermékek fogyasztása, illetve a legálisan forgalmazott termékek hogyan alakulnak. Ma is az a helyzet, mint a legfejlettebb uniós tagállamokban is, különösen a tengeri országokban, ahol a csempészet sokkal egyszerűbb a tengereken keresztül, ez 20-25 százalékos szinten van, és arra a téveszmére is szeretném felhívni a figyelmet, ami sokszor megjelent az előző ciklusokban itt, az Egészségügyi bizottságban is, hogy fel kell emelni duplájára a jövedéki adót, és akkor majd visszaszorul a dohányfogyasztás.

Az volt tapasztalható, hogy mindig, amikor jövedékiadó-emelés következett be, akkor a következő hónapokban egy picikét visszaesett a fogyasztás, megnőtt a csempészett cigaretták forgalma, és aztán visszaállt arra az ugyan csökkenő szintre, ami korábban volt.

Én egyetértek azzal, már csak azért is, mert én is vagy 25 éve nem dohányzom és erre a kis időre már nem akarok rászokni, hogy minden olyan intézkedéssel, ami a dohányzás megnehezítését szolgálja, azzal én is egyetértek, ugyanakkor számomra hihetetlenül rosszul néz az ki, amikor megtiltjuk az iskolákban a dohányzást, és a szünetekben 50 gyerek áll az iskola bejáratánál és ott dohányoznak. Tehát ez nyilvánvalóan egy hosszabb társadalmi folyamat, amikor már nem az lesz az elegáns vagy nem az lesz a menő, ha valaki dohányzik, hanem az, amikor valaki nem dohányzik. Ez egy szisztematikus folyamat. Én úgy gondolom az elmúlt évek tapasztalatai alapján, hogy különböző ilyen kormányzati intézkedésekkel, törvényekkel, adópolitikával áttörést egyik pillanatról a másikra nem lehet elérni, de egy szisztematikus csökkentését és meggondolt lépését igen. Mert azt azért be kell látnunk, hogy ha például olyan lépéseket akarunk tenni, hogy minden étteremből tiltsák ki a dohányzást, az a másik oldalon, egy másik tárcánál, a gazdasági tárcánál hatalmas ellenállást vált ki, mert azt mondják, hogy akkor elmennek a vendégek, nem lesznek vendégek az éttermekben. Akkor a turizmus bevételei fognak csökkenni, és akkor hiába takarítunk meg valamit az egészségügyi oldal kiadásaiból, ha a másik oldalon viszont a bevételek csökkennek olyan radikális mértékben.

Tehát itt a reális és normális egyensúly megtartását ajánlom mindenkinek a figyelmébe. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. Szilágyi László képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen. Néhány hete kérdést intéztem a vidékfejlesztési miniszterhez, talán bent voltak és hallották, és azt kérdeztem, hogy miért vonakodik átvenni a kormány a WHO-ajánlásokat a dohánytermesztéssel kapcsolatban. Eléggé megrökönyödtem a válaszon, és azóta persze kiérdekeltem a MADOSZ utálatát és a honlapomon azóta is vegzálnak mindenféle dohánytermesztők engem, és egy videót is mutattak nekem, ami egy ilyen propagandafilm volt, hogy mennyire az egyetlen megélhetési forrás ott, Szabolcs megyében – ezt saját családi tapasztalatból is alá tudom támasztani egyébként – a dohánytermesztés, és ott egy másik tárca másik államtitkára is egyértelműen állást foglalt, hogy semmiféle korlátozás nem lesz itt, mert ez a munkahelyeket nagyon károsan érintené.

Itt egy komoly választás van az adópolitikában és a munkahely-megtartásban is, munkahelyteremtésben is, és azt gondolom, az egészséges munkaerő megőrzésében is komoly választás van. Az anyag elején kiderül, hogy csődöt mondott az a fajta adópolitika, amit az elmúlt kormányok itt végeztek, hiszen százmilliárddal többbe kerül például a dohányzás okozta ártalmak kezelése az országnak, mint amennyi jövedéki adóból befolyik. Tehát biztos, hogy itt egy sokkal komolyabb politikai váltást kell nekünk közösen végrehajtanunk.

Itt láttuk, itt többen szóba is hozták már, hogy itt egy nagyon fontos dolgot egyszerűen elszabotáltunk, akár a vendéglátó-ipari egységekben az elkülönített dohányzó- illetve nemdohányzó helyek, ezt nagyon sokan nem hajtották végre, és a kormányok nem kényszerítették ki ezt a dolgot. Ugyanígy elszabotálta a parlament is az erkélyen való dohányzást, emlékszem, nem tudom, ez melyik ciklusban merült fel és mekkora nagy felzúdulás volt, és óriási visszalépés tapasztalható azóta.

Tehát szerintem sokkal keményebben kellene érvényt szereznünk ezeknek a vívmányoknak. Ugyanakkor látom én azokat az előrelépéseket is, amit például professzor úr említett az imént, hogy akár a vonatokon, akár a közösségi tereken azért szorul vissza a dohányzás. De igazából én a közösség erejében hiszek, és ezt kellene a politikáknak

támogatni. Én 1991-ben jártam az Egyesült Államokban, és akkor már a középosztályból kinézték a dohányosokat, és idáig el kellett jutni, mondjuk onnan, hogy Humphrey Bogart a filmekben milyen elegánsan dohányzott, és ez része volt az akkori amerikai kultúrának.

Azt gondolom, hogy nekünk kell itt elől mennünk és nekünk kell példát mutatnunk és fokozatosan szorítani vissza először az értelmiség és a felvilágosult középosztály körében a dohányzást, és utána aztán menni lejjebb, és nem megfélemezve természetesen a tinédzserekről, akik körében nagyon-nagyon aggasztó jelenségeket lehet látni.

Egy konkrét kérdésem volna esetleg, hogy milyen mérhető hatása van annak, hogy itt nem tudom, már hány éve a dohánydobozokon olvashatóak azok a horrorisztikus szöveges üzenetek, tehát van-e ennek mérhető hatása a dohánytermékek fogyasztásában, mert ennek fényében kell megítélni ezeket a színes képeket is természetesen. A viccben is az van, hogy amikor egy olyan címkét kap a dohányos, hogy impotenciát okoz, akkor inkább kicserélteti, hogy nem lehetne ezt esetleg „halál”-ra kicserélni?

Tehát nem tudom, hogy mit érnek ezek a címkék és mennyivel jutunk előrébb, ha még színes képek is lesznek ezeken a dobozokon? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Horváth Zsolt képviselő úr!

DR. HORVÁTH ZSOLT (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Bizottság! Valamennyi közöm azért volt a nemdohányzók védelméről szóló törvény elfogadtatásához, annak idején, még a Fidesz-kormány alatt fogadtuk el, az első Orbán-kormány alatt. Tény és való, hogy ez a törvény nagyon sok tekintetben nem került betartásra, és a betartásával vannak a nagyobb problémák. Előírná a vendéglátóhelyek számára az elkülönített helyiség biztosítását, de van benne egy kiskapu, ez pedig az, hogy szellőztető rendszerekkel is megoldhatják, ami vagy hatékony vagy nem hatékony, létezik hatékony, láttam már ilyet. Európai uniós tapasztalatok azt mutatják egyébként, hogy vendéglátóhelyeknél a teljes dohányzás tilalma nem vetette vissza a forgalmat. Tehát minimális forgalomcsökkenés történt, az is csak átmeneti volt. Ezt követően tény és való, hogy a vendégkör jelentősen változott, de úgy tűnik, hogy nem egyértelmű az az állítás, hogy a vendéglátóhelyek forgalmát teljesen ellehetetleníti, az ő működésüket a teljes dohányzás tilalma. Azon kívül, ha jól emlékszem, akkor 2012 az a határidő, amikor Magyarországnak is az uniós ajánlásokat teljesíteni kell a dohányzással kapcsolatosan. Ez közelítő határidő, és örülök neki, hogy egyáltalán létezik egy ilyen, mert az egy olyan pont, amit nem léphetünk túl, és akkor meg tudjuk valósítani. Egyetértek az előterjesztésben szereplő azon állásponttal, és a professzor úr által mondottal is, hogy az egyik leghatékonyabb a gyermekek megvédése tekintetében a zárt térben történő dohánytermék-árusítás, amelyik eleve nem teszi lehetővé a hozzáférésüket 18 éves kor alatt.

Ma is van erre törvényi szabály, csak megint az a probléma, hogy nem tartjuk be, nem tartatjuk be. De további szigorítást jelentene, ha valóban a dohánytermékek forgalmazása zárt térben történne, és így a gyermekek nem láthatnák ezeket a termékeket, nem találkoznának velük, ugyanis bár a szabály előírja, hogy csak pultnál lehet árulni, de ha jártak bevásárlóközpontokban, helyeken, akkor a promóció a pénztár környékén igen nagy. Tehát olyan látványos pultokat hoztak létre, amelyek inkább még többet ártottak, mintha valahol egy sorban lettek volna elrakva a dohánytermékek.

Én is kérdezem azt egyébként, hogy a dohány csomagolásánál, amit ön is mondott, hogy egyfajta semleges csomagolás, van-e valamilyen adatuk arra, hogy ezekkel az elrettentő feliratokkal, illetve esetleg képekkel ellátott csomagolás hozott-e előnyt, van-e valamilyen előnye? Egy nagy témakör, amit szintén professzor úr mondott, hogy ha a dohányzást elismerjük szenvedélybetegségnek, akkor annak a kezelésére is meg kell teremteni a forrásokat, illetve vizsgálni kellene azt, hogy valóban léteznek-e olyan hatékony eljárások,

vannak-e hatékony gyógyszerek, amelyek a dohányzásról való leszokást segítik. Felvetődik abban az esetben ezeknek esetleg a támogatotti körbe történő befogadása, szigorú feltételek mellett teljesen természetesen, még egyszer mondom: a hatékonyság bizonyítása után, a szakma véleménye alapján. Még ez is lehet egy megoldandó feladat.

Iván professzor úr talán pontosabban tudja nálam is, de azt mondják az addiktológiával foglalkozó szakemberek, hogy a dohányzáshoz való kötődés és az arról való leszokás az egyik legnehezebb (*Dr. Iván László: Így van.*) bizonyos téren, tehát sokkal nagyobb a pszichés kötődés a dohányzáshoz, mint más szenvedélybetegségek esetén. Tehát ilyen értelemben az orvosi segítségnek, illetve a gyógyszeres segítségnyújtásnak azonnal létjogosultsága lenne.

Azt gondolom, hogy ezek a programok Magyarországon lényegesen kevésbé ismertek és kevésbé nem azt mondom, hogy támogatottak, mert nem ez rá a jó szó, hanem kevésbé propagáltak, kevésbé népszerűsítettek. Tehát ezen a területen valószínűleg lehetne előrelépés, mint ahogy arról van tudomásunk, hogy a jelenleg dohányzók nagy része szeretne leszokni a dohányzásról, egy igen jelentős része szeretné abbahagyni a dohányzást, és arról egyértelmű tudásunk van, amiben a dohányosok a nemdohányzókkal szinte teljes mértékben egyetértenek, hogy szeretnék megvédeni a gyerekeket a dohányzásra való rászokástól.

Azt is tudjuk, hogy ha a 18. életévig nem szokik rá egy gyermek vagy egy fiatal felnőtt a dohányzásra, akkor nagyságrenddel kisebb a valószínűsége annak, hogy ezt követően rá fog szokni, és a legveszélyeztetettebb időszak a 13-18 év közötti időszak, ami egyébként egy promotált időszak a dohánygyártók és –forgalmazók részéről, amelyet most már sokkal kevésbé nyilvánvalóan tesznek, de mind a mai napig jelen van.

Csak egy zárójelet szeretnék itt nyitni, a dohánytermékek reklámtilalma azt gondolom, hogy egészen jól sikerült Magyarországon, tehát a korábbiakhoz képest ezt valóban sikerült jelentősen visszaszorítani. És visszaülök: ugyanez az alkoholtermékekre nem mondható el. Mind a mai napig, délutáni műsorsávban, ismeretterjesztő adókon, kereskedelmi csatornákon alkoholreklámokkal találkozunk, ami egyszerűen teljesen váratlanul zúdul rá a gyermekekre. Most nem a hatévesekről beszélek, mert ők nem nézik, de egy ismeretterjesztő csatornát nyugodtan nézhet egy 15-16 éves gyerek, és egyszerűen nem sikerült kitiltani innen az alkoholreklámot. Azt gondolom, hogy vagy törvényi szabályozás kell vagy annak a betartatása, vagy egyszerűen a szankció nem elég ahhoz, hogy ezek eltűnjenek. Nem vagyok tökéletesen tisztában a jelenleg hatályos szabályokkal. És akkor még nem beszéltünk a magazinokról, ahol akár az előbb említett „Sétáló János”, akár bármely más alkoholos termék megjelenik, és szinte teljesen szabadon reklámozható. Ez egy visszautalás lett volna, de azt gondolom, hogy itt egy lépést kellene tennünk. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Mielőtt lezárnám a vitát, én is szeretnék néhány mondatot mondani, illetve először egy kérdést feltenni. Hogyan áll az Egészségügyi Minisztérium és az Egészségbiztosítási Pénztár ma a füstöléssel? Azért teszem fel ezt a kérdést, mert nagy élményeim fűződnek ehhez. Ugyanis a 2001-ben elkészült Egészséges nemzetért népegészségügyi programban külön fejezetet szenteltünk a dohányzásnak, és nagy hévvel belekezdünk a megvalósításba, és ott kezdtük, hogy a személyes példaadást a dolognak a legfontosabb teendőjeként megjelölve, moratóriumot hirdettem – magamra vállalom – az Egészségügyi Minisztériumban és az Egészségbiztosítási Pénztárban. Nem lehetett dohányozni. Felajánlottuk a munkatársaknak, hogy sajnos, fél év alatt le kell szokni a dohányzásról, nem kijelölt helyen dohányozni, hanem a példaadó, az egészségügyi vezető, az orvos, a védőnő, az óvónő nem dohányozhat. Akkor nagyon nagy, aranyos Bolgár úr és mások által vezetett sajtótámadásnak voltunk kitéve, és nem felejttem el azt a képet sem – elnézést, hogy erre kitérek, de olyan jellemző -, hogy benyitottam, végiglátogattam a minisztériumban a különböző irodákat és benyitottam a főjogász irodájába, nem mondom a

nevét, bizonyos Jóska volt, jó barátságban voltam vele, dőlt ki a füst az ajtót. Megkérdeztem tőle, hogy Jóska, te kodifikáltad a nemdohányzók védelmére vonatkozó törvényt, hogy csináljunk meg mi egy népegészségügyi programot, ha dől a füst az Egészségügyi Minisztérium jogi főosztályvezetői irodájából?

És ugyanezt megéltük az Egészségbiztosítási Pénztárnál is. Tehát azért mondom ezt, mert szeretném hangsúlyozni, és egyben főosztályvezető asszony figyelmét is felhívni arra, hogy a példaadó felelőssége legalább olyan nagy, mint a jogalkotó felelőssége ebben a kérdésben. Tehát mi már itt, a bizottság előtt rengeteget foglalkoztunk a dohányzás és az alkohol visszaszorítására irányuló kodifikációs kérdésekkel és mindenféle szabályozási kérdésekkel, és egyre inkább sokan vagyunk azon az állásponton, hogy önmagában ez nem fogja visszaszorítani ezeket a káros szokásokat, ami nagyon sok okból fakad, itt is elhangzott. A példaadó felelőssége ebben a kérdésben meghatározó. Köszönöm szépen.

Kérem főosztályvezető asszonyt, hogy ha kíván, néhány rövid mondatban válaszoljon.

DR. GYEBNÁR BRIGITTA főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Tényleg csak megjegyzések, amelyek elhangzottak, azt gondolom, hogy azért nagyon szinkronban voltak azokkal, amiket elmondtam magam is, és ez némileg megnyugtató.

A másik fontos dolog az, hogy én továbbmegyek azon, hogy valóban alkohol- és dohányzás kérdékről beszélünk, hiszen itt egy komplex egészségfejlesztéssel állunk szemben, és manapság már nem is egészségfejlesztésről beszélünk, hanem erről a „health literacy”-ről, ami sokkal inkább egy egészségműveltség kérdése, és azt gondolom, hogy ebben valóban kitérve arra is, hogy az egészségügyi dolgozóknak is milyen módon kell mintát és példát mutatniuk. Azt gondolom, hogy ez ennél sokkal nagyobb feladat.

Visszatérve: ketten is kérdezték azokat az adatokat – és akkor gyorsan elmondom -, hogy milyen módon: 2009 áprilisában volt egy kérdőíves felmérés, amit az OEFI Dohányzás Fókuszpontja és a Fact Alapítvány végzett, ezek a bizonyos képes egészségvédő feliratok tesztelésére vonatkozóan, és a felnőttek 55,5 százaléka el szokta olvasni a cigarettásdobozokon feltüntetett feliratokat és háromötödük úgy gondolta, hogy ezek visszatartó erővel bírnak. A tanulók esetében a fiatalok háromnegyede szintén el szokta olvasni ezeket a feliratokat és fontos még az is, hogy közülük 70 százalékban azt mondták, hogy ezek visszatartó erővel bírnak. Az általános, az Eurobarométer felmérései alapján pedig 78 százalék szerint be kell vezetni a cigarettásdobozokon elhelyezett képes egészségvédő feliratokat. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, főosztályvezető asszony. Kérdezem a tisztelt bizottságot, hogy óhajt-e valaki napirend után szólni? Puskás Tivadar képviselő úr!

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Köszönöm szépen. Csupán egy rendezvényt szeretnék mindenkinek a figyelmébe ajánlani, kapcsolódva ehhez a témához is. Szombathelyen november 25-én lesz a „Határokon átívelő egészségvédelem” címmel egy prevenció társaság által szervezett rendezvény. Ez egy egynapos rendezvény lesz, amelyen többek között államtitkár úr is előadást tart. A szűrésekről, az önkormányzatok felelőségéről, illetve az élelmiszerbiztonságról lesz szó, mindenkinek ajánlom szíves figyelmébe, legyen Szombathely vendége. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönjük, képviselő úr. Valakinek még van-e napirend utáni felszólalása? *(Nincs jelzés.)* Ha nincs, akkor a bizottsági ülést bezárom.

(Az ülés befejezésének időpontja: 15 óra 02 perc)

Dr. Mikola István
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlászky Éva