



Ikt.sz.: EGB/-2/2012.

EGB-8/2012. sz. ülés
(EGB-58/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v *

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2012. április 25-én, szerdán, 10 óra 10 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, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Tájékoztató az Új Széchenyi Terv egészségügyi ágazatot érintő programjairól</i>	5
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) szóbeli tájékoztatója</i>	5
<i>Dr. Balogh Tamás főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) kiegészítése</i>	10
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	11
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai</i>	17
<i>Dr. Balogh Tamás főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai</i>	20
<i>Tájékoztató az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi és 2012. I. negyedévi bevételi, kiadási főösszegeinek alakulásáról</i>	21
<i>Sélleiné dr. Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) szóbeli tájékoztatója</i>	21
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	29
<i>Sélleiné dr. Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai</i>	33

Napirendi javaslat

1. Tájékoztató az Új Széchenyi Terv egészségügyi ágazatot érintő programjairól
2. Tájékoztató az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi és 2012. I. negyedévi bevételi és kiadási összegeinek alakulásáról
3. Egyebek

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

Elnököl: **Dr. Kovács József** (Fidesz), a bizottság elnöke

Dr. Bene Ildikó (Fidesz), a bizottság alelnöke
Dr. Gyenes Géza (Jobbik), a bizottság alelnöke
Dr. Heintz Tamás (Fidesz)
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Hegedűs Tamás (Jobbik)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)

Helyettesítési megbízást adott

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz) dr. Bene Ildikónak (Fidesz)
Dr. Iván László (Fidesz) dr. Szabó Tamásnak (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz) dr. Heintz Tamásnak (Fidesz)
Dr. Ódor Ferenc (Fidesz) dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Horváth Zsoltnak (Fidesz)

Hozzászólók:

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Dr. Balogh Tamás főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)
Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Molnár-Gallatz Zsolt osztályvezető (Nemzeti Fejlesztési Minisztérium)

Jelenlévők:

Dr. Gajdácsi József pénzügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Kálmánné Juhász Ilona közgazdasági főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Varga Péter finanszírozási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Bogdán Zsuzsanna pénzbeli ellátási és ellenőrzés főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)

(Az ülés kezdetének időpontja: 10 óra 10 perc)

Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Tisztelettel köszöntök mindenkit az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának 2012. április 25-ei, mai ülésén. A napirendi javaslatunkat előzetesen kiküldtük. Az első napirendi pontunk: tájékoztató az Új Széchenyi Terv egészségügyi ágazatot érintő programjairól, a második napirendi pont: tájékoztató az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi és 2012. I. negyedévi bevételeiről és kiadási főösszegeinek alakulásáról, a harmadik napirendi pont az egyebek.

Tisztelettel köszöntök mindenkit, aki bizottsági ülésünket megtisztelte jelenlétével. Külön és kiemelten is - és a napirendek keretében majd részletesebben is fogok mindenkit köszönteni - Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár urat és jelen lévő munkatársait, Sélleiné Márki Mária főigazgató asszonyt az OEP részéről. Az állandó meghívottak részéről: az Állami Számvevőszék részéről Böröcz Imre úr, a MAGYOSZ részéről Ujfalussy Györgyné, a MOK részéről Stenszky András, a Gyógyszerész Kamara részéről Torma Árpád, az Innovatív Gyógyszergyártók részéről Dávid Tamás, a Generikus Gyógyszergyártók részéről Illés Zsuzsanna jelezte részvételi szándékát és részvételét is a mai bizottsági ülésre.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes, és mielőtt a napirendet elfogadnánk, szeretném tájékoztatásul közölni minden jelenlévővel, és kiemelten a bizottság tagjaival, hogy új Hárszabály lépett életbe, amely részleteiben és elemeiben változásokat is hozott, ezeknek a részletezésére nem térek ki. Több bizottsági tag kezdeményezte, hogy a napirend előtti felszólalási lehetőséggel ne éljünk, ezt kezdeményezték irányomba, ehelyett minden ilyenfajta hozzászólásra az egyebek napirendi pont keretében kerüljön sor azért, hogy a fő napirendeket és a napirendi pontokat illetően ne érintsék a bizottsági ülést, illetve ne vegyünk el az időt.

Szeretném megkérdezni, hogy ez elfogadható-e. Amennyiben elfogadható, tudomásulvétel végett, akkor én azt megköszönöm. Amennyiben nem, akkor természetesen a bizottság tagjaival meg fogom szavaztatni ezt a kezdeményezést.

Úgy gondolom, akkor járunk el helyesen, ha mégis inkább megszavazatom. Tehát így módosulna a mai naptól a bizottság ülésrendje. Aki ezzel a bizottsági tagi kezdeményezéssel egyetért, kérem, hogy szavazatával ezt erősítse meg! *(Szavazás.)* Köszönöm szépen.

A napirend elfogadásáról döntünk. Aki a kiküldött napirendet, amit ismertettem, elfogadja, kérem, hogy erősítse meg szavazatával! *(Szavazás.)* Köszönöm szépen.

Tájékoztató az Új Széchenyi Terv egészségügyi ágazatot érintő programjairól

Nekikezdünk a mai napirend tárgyalásának. Első napirendi pontunk: tájékoztató az Új Széchenyi Terv egészségügyi ágazatot érintő programjairól. Az előadó Szócska Miklós államtitkár úr és Balogh Tamás főosztályvezető úr, munkatársaikat is tisztelettel köszöntöm, és államtitkár úrnak át is adom a szót.

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) szóbeli tájékoztatója

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm a szót, elnök úr. Szeretettel köszöntöm a tisztelt bizottsági tagokat és a kedves meghívottakat.

Itt mindjárt az elején hadd mutassam fel ezt az ábrát *(Felmutatja a tablet-ját.)* Aki távol ül, az kevésbé látja, minden egyes kék paca egy projekt. Tehát ez az az ellenőrző tábla, amit mi heti rendszerességgel nézünk, hogy ha így felnagyítjuk, így jobban látszanak azok az uniós programnevek, egy rendkívül összetett, komoly projektrendszer, ami egymással összefüggésben van, és e szerint a kontrolling tábla szerint követjük és rendszeresen nézzük

azt, hogy a különböző projekteken belül - és egy-egy ilyen kék tábla mondjuk a struktúraváltó kórházak, az a TIOP 2.2.4-es projekt vagy a póluskórházak a 2.2.7-es projekt, amiből nyolc van például, azok nincsenek külön dobozva szedve, tehát ezek csak a nagyobb főösszegeket tartalmazzák - hogyan áll a megvalósítás, hogyan áll az elszámolás, hogyan áll a döntés, az előkészítés melyik fázisában vannak a különböző népegészségügyi, elektronikus egészségügyi vagy emberierőforrás-fejlesztési programok.

Főosztályvezető úrral egy olyan munkamegosztás van közöttünk, hogy én az általános irányokról beszélnék. A számok, a beszámoló részletesen ott van önöknél, tehát nem mennék bele minden részletbe, és értelemszerűen a 2014-2020-as tervezést is érintenék. Erre azért hívnám fel külön a figyelmet, hogy bár még most is a megvalósítás fázisában vagyunk, vagy egyes projektek esetében az előkészítés fázisában, de már most kell gondoskodnunk arról, hogy a 2014-2020-as időszakban is legyen erőforrás a struktúraváltás, az egészségügy fejlesztése számára. A mi uniós munkánknak a következtében indult el egy úgynevezett reflexion process, egy ilyen elemző folyamat az Unióban, mi ennek a pontos neve magyarul? (Dr. Balogh Tamás: *Reflexió eljárás, reflexió folyamat.*) Oké, fantáziadúsan magyarul reflexió folyamatnak hívjuk.

Ez arról szól, hogy kezdeményeztük, hogy az Unió tekintse át a strukturális alapok infrastrukturális és egészségügyi célú felhasználásait, és ennek a tapasztalatai alapján támogassák a strukturális alapok egészségügyre jutó erőforrás-tömegét. Úgyhogy egy aktív lobbimunkát folytatunk az Unióban. Ez egy általunk elnökölt folyamat, ennek egyik-másik komponense, ez a mi munkacsoportunk által felügyelt folyamat, és azt lehet mondani, hogy eddig eredményesen győztük meg a különböző uniós apparátusbeli szereplőket, hogy ezzel kapcsolatban komolyan kell foglalkozni.

Tehát játékban vagyunk a 2014-20-as költségvetés tervezésekor, ugyanakkor nagyon fontos, és ebben a bizottság tagjainak a támogatását, az egyöntetű támogatását szeretnénk kérni, hogy a jogalkotási, itthoni költségvetési, itthoni uniós felkészülési időszakban az egészségügy megfelelő súllyal reprezentálódjon a dokumentumokban, mert egy kicsikét áttételesen szerepel csak az aktív, egészséges idősor elérése. Ezek ilyen fő hívószavak, a versenyképes Európa megteremtése. Tehát itt egy áttétellel lehet csak érvényesíteni az egészségügy fontosságát. Ott van benne a lehetőség, soha nem látott lehetőség van benne, de oda kell figyelniük, hogy az érdekeinknek megfelelően alakuljon.

Amiről már egy hírt hozhatok, hogy az aktív idősor támogatása nagyon komoly preferenciákat fog élvezni, tehát egy nagy része a mi egészségpolitikai szándékainknak a strukturális alapokon kívüli kutatási és fejlesztési erőforrásokhoz jut majd a következő költségvetési periódusban.

Akkor röviden: a NEFMI egészségügyért felelős államtitkársága és az uniós programok viszonya, fejlesztési irányok, stratégiai reformirányok.

Az érkezésünkkor, 2010 nyarán egy nagyon gyors áttekintést kellett végeznünk, hogy vajon, azok a stratégiai irányok, amelyeket mi a rendszer korszerűsítésében érvényesíteni akarunk, vajon ezek megfelelően leképezhetők-e az uniós fejlesztési programok nyelvére. Azt találtuk, hogy bár számos esetben rendszerstratégia nélkül kerültek kihelyezésre vagy döntésre uniós erőforrások, ezeknek a felülvizsgálatával, a megvalósítás közbeni jó kormányzásával érvényesíthetőek az egészségpolitikai szándékok. Mire gondolok itt?

Gondolok itt arra, hogy valós rendszerstratégia nélkül döntöttek például rendelőintézetek földrajzi helyéről. Amennyiben úgy gondolkodunk az egészségügyről, hogy hogyan lehet mondjuk egy összevont alapellátási központot létrehozni, hogyan lehet korszerűsíteni alapellátási rendelőket, amelyekre nem jutott mondjuk ott, abban a régióban külön pénz, hogyan lehet egy szűrőközpontot elhelyezni, akkor mi megtaláltuk ezeknek az intézményeknek a helyét. Tehát aktívan dolgozunk rajta, hogy ez a stratégiának megfelelően elhelyezésre kerüljön, de ezt maguk a polgármesterek is elismerték, hogy tulajdonképpen egy

helyi fejlesztési igény érvényesült akkor, amikor bevállalta az önkormányzat az ötéves fenntartást. Én voltam olyan ülésen, ahol az egyik polgármester átszólta a másiknak, hogy nem megmondtam Jóska, hogy ne szólj bele a fejlesztésbe?

Egymástól 20 kilométerre, nagy kórháztól 20 kilométerre lévő helyekről van szó. A fejlesztéspolitika korrektül érzékelte a fenntarthatósági kockázatokat, és belerakta projektszintű eszközként, hogy ötéves fenntarthatóságot kér. Tehát ő gondoskodott erről, ugyanakkor az ágazati politika nem minden esetben tudta megmondani a prioritásokat. Ezeknek a korrekcióján folyamatosan dolgozunk.

A másik ilyen kérdés az volt, hogy a progresszivitás szintjén elfoglalt helyét a különböző intézményeknek nem egy rendszerstratégia mentén határozták meg, hanem tulajdonképpen a pályázatba írható szándéknyilatkozatokként jelentkeztek ezek a pályázatok. Én, mint súlypont, én, mint pólus, én ezt szeretném.

Tehát ez egy nagyon komoly hiányosság volt, de még egyszer mondom: a térségi ellátórendszer, a progresszív ellátórendszer kialakításakor mi végiggondoltuk ezeket a szerepeket, és számoltunk ezekkel az intézményekkel. Tehát egy ilyen a posteriori stratégiaalkotással megpróbáltuk korrigálni ezeket a hiányosságokat.

Ez egy negyed évet igénybe vevő elemző folyamat volt, és szerintem megnyugtatóan sikerült ezt rendezni. Vannak olyan 2010-et megelőző döntések, amelyeknek a következményeivel most nézünk szembe. Tehát igen, lesz olyan projekt, amelyik nem fog tudni megvalósulni. Tévedés volt a döntés, nem tudtak megbirkózni a bürokratikus követelményekkel. Tehát tudunk ilyenről, hogy a következő néhány hónapban változás történik, de azokra a forrásokra nagyon nagy szükség van a struktúraváltás támogatására, tehát jól állunk ebből a szempontból.

Akkor néhány gondolat. Az alapellátás fejlesztésére főleg a regionális projektek keretében volt lehetőség. A járóbeteg-ellátás regionális és TIOP-os, tehát a Társadalmi Infrastruktúra-fejlesztési Programokban valósult meg. Már ezek a programok egyike-másika a következő generációját éli meg a rendszer átalakításának, többen egyértelműen jelezték, hogy nekik akut ellátó ágyakra nincs szükségük, holott úgy váltottak funkciót, hogy akut ellátó ágy maradt. Tehát már a következő lépéseket tesszük meg ezeknek az intézményeknek a fejlesztésekor.

A funkcióváltást támogatta akkoriban is néhány vagy több intézmény, ilyen projekteket, választott struktúrafejlesztésben nagyon sok kórház jutott fejlesztési forráshoz. Különösen kiemelném azokat, akik a telephelyek ésszerűsítésén dolgoznak, tehát számos nagyon jó példa van arra, hogy egy ésszerűbb működést lehetővé tevő infrastruktúra alakul ki, vagy akár több évtizedes lemaradást tudnak pótolni ezek az intézmények a fejlesztési lehetőséggel.

A fekvőbeteg-ellátórendszer struktúrájának a fejlesztését a struktúrafejlesztő 2.2.4-es és a pólusprogramok támogatják elsősorban. A pólusok között van olyan, aki a régi pavilonrendszerű létezését egy korszerű, logisztikailag átgondolt új intézménybe fordítja át. Van olyan, ahol a térségi központi szerepet meg tudja erősíteni. Van olyan pólus, ahol a pólust is, meg a városi kórházat is támogatja. Ezt azért alaposan át kell gondolni, hogy ez hogyan is van, tehát értelemszerűen a térségi ellátás fejlesztését kell a továbbiakban vinni.

Beszéljünk még néhány kérdésről. Van a rehabilitációs, az onkológiai rendszer fejlesztését célzó program. Itt arra törekszünk, hogy a hiányzó rehabilitációs kapacitásokat fejlesszük, az onkológiánál pedig arra törekszünk, hogy az erőforrás-koncentráció megtörténjen, és mindenki a megfelelő szintű, az ő besorolásának megfelelő szintű eszközöket, diagnosztikai modalitásokat fejleszteni tudja. Itt lelassította az eseményeket az, hogy egy konzorciális pályázati lehetőséget adtak meg, még mielőtt mi érkeztünk volna, és itt a konzorciumokban óhatatlanul is az egyéni érdekeknek megfelelő kvázi osztozkodás történt. Nem látták egyes intézmények biztosítottnak, hogy nem feltétlenül a regionális központiban

kell nekik konzorciális pályázatban biztosítani a diagnosztikai vagy terápiás eszközeiket, és nem egyszerre írták ki a területi vagy a megyei központi pályázatokat, most ezt a hibát mi korrigáljuk, és úgy tűnik, hogy minden intézménynek - aki az onkológiai ellátásban megfelelő szerepet kap - megnyugtatóan biztosítani tudjuk az eszközeit. Tehát az onkológiai rendszerünk fejlesztéséhez a tavasszal, legkésőbb nyáron ismételt kiírásra kerülnek ezek a pályázatok, és a centralizált, központosított onkológiai ellátórendszer teljes feltételrendszere ki tud alakulni ennek a két projektnek a segítségével.

Külön kiemelném az emberierőforrás-fejlesztési programokat. Amelyek most nyitva vannak, az a 6.2.2.-es TÁMOP-program, ami az emberi erőforrás fejlesztését támogatja, hiányszakmák esetében, számos egyéb komponense van. Szeretném felhívni a figyelmet, hogy például a sürgősségi osztályok fejlesztése úgy történt meg, hogy azt hiszem, 15 évet számoltunk, tehát ha mostantól kezdve nekilátnánk és elkezdenénk képezni a létező kapacitásokkal a sürgősségi szakembereket, 15 év múlva tudnánk utolérni azokat az emberierőforrás-fejlesztési igényeket, amelyeket a korábban elengedett sürgősségosztály-fejlesztések lehetővé tettek.

Ez a 6.2.2.-es program például lehetővé teszi ezt is, hogy célzottan fejlesszük, és azt is lehetővé teszi, hogy ha intézmények integrálódnak, osztályok integrálódnak, akkor célzott emberierőforrás-fejlesztési programot lehessen indítani. A 6.2.4-es foglalkoztatással kapcsolatos rendszert, tehát a foglalkoztatási programok is megjelennek vagy támogatni fogják azt, hogy gondoskodjunk az emberi erőforrások átvételéről, az erőforrás-koncentrációról. Tehát van két olyan Új Széchenyi terves fejlesztési program, amelyik a rendszer átalakításához szükséges emberierőforrás-mozgásokat támogatni tudja, és le tudja követni.

Ugyanakkor én az igazgatók helyett pályázni nem tudok, ugyanakkor az igazgatókat megfelelően tájékoztatjuk, és próbálunk egy koordinált cselekvésben lenni velük, hogy az átszervezések kapcsán senki ne maradjon munkahely nélkül, tehát ezekből a pályázatokból ez biztosítható.

Említeném még azt, hogy a területi együttműködés kialakítása, a menedzsment kialakítása is támogatást élvez. Ennek a TÁMOP 6.2.5.-ös pályázati struktúrájának része a minőségbiztosítás, a megbízhatóság fejlesztése, és ezen belül pedig a területi együttműködések kialakítása. Egy példát hadd mondjak.

Ha egy megye két kórháza, nagyon közel egymáshoz, laboratóriumi integrációban gondolkodik, akkor legyenek ehhez erőforrások. Egy megye öt kórháza, ebből négyen ugyanazt a kórházi információs rendszert használják, az ötödik csatlakozása néhány tízmillió forint, és innentől kezdve egységesen tudják kezelni a klinikai rendszer adatait, ezekre a dolgokra legyen pénz, az egységesítést tudjuk támogatni, vagy akár arról is beszélhetünk, hogy az intézmények átvételekor megörököltünk mosodákat, amelyek tulajdonképpen öt megye mosatását tudnák elintézni, de valamilyen ok miatt egy megye két kórháza mosat csak ott. Tehát ezeket az ésszerűsítéseket, korszerűsítéseket nekünk meg kell tudni tenni a következő időszakban, erre készülünk.

Meg kell emlékeznünk még a svájci és norvég alapokról is. Tehát régen úgy volt, ezt így fogalmazta meg egy onkológiai centrumot vezető főorvos, hogy régen is mindig mondták, hogy integrálódnunk kell és együtt kell dolgoznunk, de aztán jött egy pályázat, és mindenki magától elkezdett pályázgatni.

Mi megpróbáljuk kizárni ezeket az esetlegességeket, és a svájci alap és a norvég alap forrásait is próbáljuk integrálni a stratégiában. A svájci alapot leginkább az alapellátás fejlesztésére fordítjuk, és pont a hátrányos helyzetű kistérségek praxisainak, praxisközösségeinek a fejlesztésére fordítjuk, és itt indulnak be azok a kísérletek, hogy az egészségügyi szakdolgozók alapellátásba nagyobb számban történő integrálásával hogyan lehet gondoskodni nagyobb ellátatlan polgári csoportok ellátásáról, és szintén itt fogjuk

kifejlesztteni azt az ergonómikus háziiorvosi információs rendszert, ahol már népegészségügyi vonatkozású adatokkal is tud dolgozni a háziiorvos.

A norvég alap pályázataiból külön kiemelnék két momentumot: a mentálhigiénés ellátó hálózat fejlesztését. Háziiorvosaink elmondják, kutatóink, a nemrég elhunyt Kopp Mária is a depresszió prevenció programjában. Csak jelzem, hogy egy nagy veszteség az ő elvesztése számunkra, mert az uniós „Joint action”-ben, a közös akcióban, ami a mentális problémák kezelésére szerveződött, Magyarországot pont professzor asszony képviselte volna, és pont a depressziós prevenció munkájuk kapott volna kulcsszerepet ebben. Tehát dolgozunk azon, hogy az alapellátás és az ellátórendszer különböző szereplőinek legyen egy mentálhigiénés támogató rendszere, ennek a kifejlesztése a norvég alap forrásaiból fog történni, és szintén a norvég alap forrásai – úgy tűnik, hogy igent mondtak erre – fogják támogatni a telepatológiai konzultációs rendszert. Tehát az a célunk, hogy a világhírű, mert bárhová el tudjuk adni a patológusainkat, a világhírű patológiai képzőrendszerünk egy elektronikus egészségügyi konzultációs rendszerrel kiegészüljön, és Magyarország egy európai képzőközponttá fejlődhessen.

Tehát ilyen álmokat is megvalósítunk ezekből.

Legutoljára hagytam a népegészségügyi és az informatikai projekteket. Magyarországnak a most induló egyik-másik projektje közül az egyik már túljutott a gólvonalon, ez az emberierőforrás-monitoring projekt, ennek a megvalósíthatósági tanulmányát beadtuk már az Irányító Hatóság számára, és az ötösön belül vagyunk, és a kapus valahol a tizenegyes pont körül fekszik. Az egészségmonitor, a Katéter-Mónika rendszer robusztussá tételében néhány alapkritériumot még pontosítanunk kell, tehát elkezdődnek azok az elektronikus egészségügyi fejlesztések ezzel a két projekttel, amelyek lehetővé teszik azt, hogy azt az adatkincset, ami az egészségügy rendelkezésére áll, célzottan az egészségpolitika fejlesztésére bocsássuk.

A legutóbbi előkészítő megbeszélésen, ahol éppen arról adtunk számot egymásnak, tehát a különböző projektrésztvevők, csak úgy jelzem, hogy ezek a megbeszélések hétfő este 8 és 11 között zajlanak nálam, csak hogy a munkatempóról egy kis ízelítőt hadd adjak, már a betegszervezeteket, a Nemzeti Betegforum intéző bizottságát vagy előkészítő bizottságát adó betegszervezeteket is meghívtuk, mert úgy gondolunk ezekre az elektronikus egészségügyi fejlesztésekre, hogy ezek nem egyszerűen IT-projektek, hogy ilyen csúnya projektzsargonnal beszéljek. Nem informatikai fejlesztési projektek, hanem ellátásfejlesztési projektek. Amikor lehetővé tesszük azt, hogy a háziiorvos kövesse a betegnek az összes közfinanszírozott ellátásban végzett beavatkozását, akkor a háziorvost a betegút felügyelőjévé tesszük a kapuórból. Ha elérjük azt például, hogy az emberierőforrás-nyilvántartás rendszerében a ritka betegségeket kezelni tudó orvosokat külön regisztráljuk, akkor a rendszer átszervezésekor nem vesznek el ezek az emberek. Tehát a Nemzeti Betegforum képviselői az elektronikus egészségügyi szolgáltatások előkészítésekor a munkafolyamatba bevonva, ott ülnek a teremben.

A népegészségügyi programok nagy tömegben és nagy sebességgel érkeznek. Azt hiszem, most a TÁMOP 6.1.2.-es a térségi irodák, a színtér-programok, a 6.1.2.-esnek az egyik komponense, és az egészségfejlesztési irodák nyitva vannak, a színtér-programok nyitva vannak. Érkezni fog a korai fejlesztési program, a 6.1.4.-es, ami a védőnők korai gyermekkori szűrőtevékenysége, és érkezni fog a védőnői méhnyakszűrő program, ahol egy megyében már a férfiakra is gondolunk, a vastagbéliszűrés modelljével. Érkezni fog az iskolai egészségügy projekt, tehát most jutottak el ezekbe a fázisokba ezek a projektek, ahol egyre többet tudunk meg róluk. Pénteken adták be a Korányi országos intézetünk munkatársai a leszokás-támogatással foglalkozó uniós projektünk megvalósíthatósági tanulmányát. Nekünk nagyon oda kell figyelni, hogy minden koordinálva legyen, ne legyen több portál, egy portál

legyen az egészségügyben, tehát ezeket itt próbáljuk összehozni és próbáljuk az aktuális történéseket támogatni.

Erről a 400 milliárd forintról körülbelül ennyit tudtam röviden bevezetőként és a stratégiai irányokat felvillantva mondani. Mindig elkövetem azt a hibát, hogy én adom át a szót a munkatársamnak, most külön készültem, hogy nehogy ezt megcsináljam, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Főosztályvezető úr, tessék parancsolni!

Dr. Balogh Tamás főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) kiegészítése

DR. BALOGH TAMÁS főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen. Tisztelt Bizottság! Az államtitkár úr által ismertetettek szerint én a 2014-20 közötti, következő hétéves ciklus tervezésére való felkészülés folyamatairól, aktuális teendőiről fogok beszélni.

Ez a kiosztott anyagban a 83. oldaltól kezdődő III. fejezet négy alfejezetében található meg. Alapvetően az előző hat hónaphoz képest az új kihívások azok, amelyek ebbe az anyagba még nem kerülhettek bele, zömmel tehát ezekről szeretnék beszámolni.

Az anyag készítésének és leadásának, lezárásának idején alapvetően még egy olyan kihíváscsoporttal szembesült Magyarország, mint tagállam, hogy az egészségügynek, amely alapvetően tagállami kompetenciába tartozik, az uniós források terhére történő támogathatósága is kérdéses volt. Azonban nem utolsósorban a magyar elnökség idején az Európai Unió működéséről szóló alapszerződést, a lisszaboni szerződést egy új 168. §-sal egészítették ki, amely a korábbi 152. cikkelyt váltotta fel, és ez bővítette a közösségnek a tagállamokkal közösen gyakorolható, az egészségügyre vonatkozó kompetenciáit is.

Erre tekintettel egy olyan tervezési folyamat tudott kibontakozni a következő hétéves uniós fejlesztési ciklus kapcsán, amelyik most már megfelelő módon garantálja, illetve a korábbiakhoz képest számunkra kedvezőbb módon biztosítja azokat a fordulatokat, amelyekre hivatkozva a következő hét évben is Magyarország hívhat le uniós forrásokat a tagállami egészségügy fejlesztésére. A probléma egy része tehát megoldódott.

Nem mondhatjuk azonban azt, hogy teljesen probléma nélküli a következő hétéves ciklusra vonatkozó tervezés, hiszen lényegében ez az uniós szabályozás, ami most az általános rendelet és a két speciális rendelet, az ERFA és az ESZA rendelet, valamint a kohéziós rendelet kapcsán megszületett, lényegében visszapasszolja a labdát a tagállamok téréfelére. Azt alakította ki ugyanis, hogy az úgynevezett tematikus koncentráció elvének a bevezetésével és az úgynevezett ex-ante kondicionalitások rendszerével lényegében arra kényszerít minden egyes tagállamot, hogy a rendelkezésre álló nemzeti borítékban kiosztásra kerülő tagállami forrásokat valamilyen módon fókuszáltan használják fel.

Tehát az egészségügy ugyan támogatásra jogosult, de lényegében a Magyarország rendelkezésére álló források 80 százalékát legfeljebb négy támogatásra jogosult területen lehet csak felhasználni. Magyarán: egészségügy akkor lesz ebben, ha a magyar kormány, illetve a mindenkor magyar érdekhordozók úgy foglalnak állást, hogy a négy támogatandó terület közé kívánják bevenni Magyarország részéről az egészségügyet.

Ez különösen fontos most az Országgyűlés számára is, hiszen folyamatban van a területfejlesztési ágazat részéről a tervezés alapdokumentumainak számító két országgyűlési határozat, az országos fejlesztéspolitikai koncepció és az országos területfejlesztési koncepció felülvizsgálata.

Ez lényegében a következő hétéves tervezésre történő felkészülés nyitánya, ugyanis amint ezeknek az országgyűlési határozattal kihirdetett országos koncepcióknak a módosítása és felülvizsgálata megtörténik, ezt követően kerül csak abba a helyzetbe az egyes ágazatok tervezői közössége, hogy az Európai Unió elvárásainak megfelelő tervdokumentumokat

középszintű, illetve középtávú ágazati terveket hozzá tudja igazítani ehhez a két alapidokumentumhoz.

Tehát azt gondolom, hogy most a következő hónapok ebből a szempontból, vagyis a következő hétéves ciklusra való felkészülés szempontjából meghatározó jelentőségűek.

Az ágazat vezetése ezt a most adódó feladatot igyekszik megfelelően kihasználni, hiszen egyrészt a Semmelweis-terv már képez egyfajta hidat az aktuális kormány kormányprogramjában kihirdetett célkitűzések és az európai uniós források felhasználására való felkészülés, illetve tervezés között, azonban ennek a további részletes specifikációja az Európai Bizottság részéről egyértelmű elvárás a tagállammal szemben.

Ennek tehát csak úgy tudunk eredményesen megfelelni, ha a két említett, az Országgyűlés hatáskörébe tartozó alapvető koncepció felülvizsgálata is az ágazati érdekekre tekintettel történik meg. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagyon köszönjük a tájékoztatót, illetve a kiegészítést az írásos anyaghoz. Megnyitnám akkor a vitát, illetve a diskussziót a napirendi pont fölött. Úgy gondolom, hogy egy körben mindenféleképpen körbe tudjuk zárni, illetve a kérdéseinket meg tudjuk fogalmazni. A bizottság tagjait illeti a kérdezés, az észrevétel lehetősége.

Alelnök úr!

Kérdések, hozzászólások

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Nem szerettem volna én kezdeni, de köszönöm a szót, elnök úr. Amikor az alaptörvényt megalkottuk a parlamentben, akkor már jól tudtuk, hogy az úgynevezett alapjogokba korábban a gyógyuláshoz való jog is beletartozott, most az új alaptörvény már csak az egészséghez való jogot deklarálja, rögzíti.

Ezt kibontjuk, hogy akkor most mit jelent az egészséghez való jog, én legalábbis úgy értelmezem, hogy azt jelenti, hogy ameddig egészséges vagy és egészségben tudod tartani magad, saját magad vagy különböző programok segítségével, addig örülj neki, nincs semmi baj. De mi lesz akkor, ha aztán beteg leszel? És mivel ez az ország elég beteg, és olyan megbetegedési, halálozási és egyéb statisztikákkal rendelkezik, amivel az utolsó helyen kullogunk Európában, ezért én roppant fontosnak tartom ezeket a fejlesztési lehetőségeket.

Államtitkár úr is elmondta, hogy eddig ezekre a fejlesztési lehetőségekre mindenki egy kicsit úgy ugrott rá, hogy a „kaparj kurta!” elven, hogy majd valamit kiszakítunk belőle, teljesen függetlenül attól, hogy milyen egészségpolitikai elképzelései és stratégiái voltak az adott kormányoknak vagy az előző kormánynak.

Rendszerint nem nagyon voltak ilyen elképzelései és stratégiái, és ezért lehetett az, hogy ezek a fejlesztések bizonyos szempontból félresiklottak, és ahogy államtitkár úr is mondta, most ezeket meg kellett próbálni valahogy beilleszteni a rendszerbe. Szerintem sokkal jobb lett volna, ha itt egy egységes egészségügyi stratégia alakul ki, és egy kicsit célzatosabban alakul ki, és azt mondjuk, hogy igen, az a fő célunk, hogy Magyarország megbetegedési, halálozási adatain komoly elhatározással és ilyen pénzügyi segítséggel változtassunk.

Nos, ezek az ilyenfajta célok, stratégiák, elképzelések eddig meglehetősen hiányoztak, és amikor itt a pályázati feltételek között ilyeneket lehet olvasni, hogy ez népegészségügyi beruházásokat támogat, ennek nagyon lehet örülni. A munkában egészségesen eltöltött évek számának növelése, ez egy elég tág körben megfogalmazott valami, elég relatív, hogy most mit lehet ez alatt pontosan érteni, mert nyilvánvalóan, ha az alaptörvény szerint az egészséghez való jog alapjog, akkor maradj egészséges, ezáltal több évet dolgozol a munkában, de aki viszont kiesik átmenetileg, tehát beteg lesz, ez jó lenne azzal is érteni, ha úgy is lehetne ezt az egészet érteni.

Van egy olyan pontja is a népegészségügyi beruházási, támogatási programnak, hogy a munkavállalók társadalomban való aktív részvételének támogatása. Ne haragudjon bárki, én ezt – vagy lehet, hogy én vagyok nagyon tájékozatlan – nem tudom értelmezni, hogy ez pontosan mit jelent az egészségügy szempontjából.

Az, hogy a régiók közötti különbségek mérséklése legyen, ez természetesen jogos elvárás, hiszen tudjuk, hogy Magyarországon egyes megyékben bizonyos betegségek előfordulnak halmozottan, más megyékben nem, ez a populációtól, illetve a megélhetésektől, sok mindentől függ természetesen, és természetesen a fizikai, illetve a földrajzi adottságok is, így az ellátáshoz való hozzáférése is elég különböző. Tehát ha mondjuk ezt megpróbáljuk csökkenteni, mint általános elv, ez nagyon jó.

Értelemszerűen az egészségügyi ellátásra fordított kiadások racionalizálása is egy olyan cél, amit mindenféleképpen támogatni lehetne.

Az infrastrukturális fejlesztésekre visszatérve: azok a fejlesztések, ilyen zöldmezős beruházások, amiből csodálatos, szép, jól felszerelt intézményeket is tudtak létrehozni, csak a gond az volt, ahogy államtitkár úr is jelezte, hogy ennek a fenntarthatóságát biztosítani az önkormányzatok a legtöbb esetben nem igazán tudták, néha még arra az öt évre sem, amire kellett. Arról nem is beszélve, hogy ezek az intézmények humánerő szempontjából kongtak az ürességtől. Tehát humánerőt sem lehetett ezekhez az elképzelésekhez hozzátenni, tehát ezért ezek eléggé érdekes módon alakult pályázati elköltségek voltak.

Természetesen, ha azt nézzük, hogy az egyes részterületeken, alapellátás, egyéb más ellátások, rehabilitációs ellátások fejlesztése, amire természetesen szükség van, akkor pont az alapellátás fejlesztésénél van egy komoly gond. Jó lenne, és erre a pályázati lehetőségek között van a humánerő fejlesztésére is lehetőség, az alapellátás az a terület, és sajnos, nemcsak az, amit államtitkár úr mondott, hogy bizonyos kisegítő személyzettel kellene úgymond még kiegészíteni az alapellátásokat, ezzel teljesen egyet lehet érteni, hiszen más országokban az alapellátás nem egy darab házi orvosból áll, jó esetben egy fél vagy egy státuszú személyzetből, jó, persze számoljuk ide a védőnőt, mert hivatalosan minden alapellátó helynek van védőnője, hanem sokkal komplexebb ellátást eredményezne.

Tehát itt térjünk vissza: de itt alapellátó orvos sincs. Vegyük már végre figyelembe, hogy 1000-egynéhány száz kolléga dolgozik a nyugdíjkorhatáron túl. Mindegyiknek hosszú életet kívánok természetesen, de előfordulhat, hogy elégük van, megunják, vagy egyszerűen meghalnak a rendelőjükben, és ezáltal történhet bármi.

Tehát igazából az úgynevezett humánerő-fejlesztés szempontjából nagyon fontos lenne az alapellátásra is fókuszálni. Persze, hogy mit lehet kitalálni, amit az Unió is finanszíroz, ebben most nekem nincs ötletem. Majd vannak itt okosak, akik ezt kitalálják, de gondoljunk bele, hogy azok a programok, amelyek kétségtelenül elismertek, hogy az alapellátásban egy kicsit jobban meginduljon a fluktuáció, a fiatalok bejöjjenek a rendszerbe, most a béremelést hagyjuk, mert az éppen az alapellátást nem érinti, egyéb fejlesztések, infrastrukturális fejlesztések és pályázati lehetőségek voltak, de tudjuk jól, hogy ez azért a humánerő-kérdésen nem nagyon változtat.

A praxisalap létesítése. Ha a praxisalapot megnézzük, az egy egyszeri alkalom. Úgy tudom, hogy már le is járt, vagy a napokban le fog járni a pályázati lehetőség. Mi lesz utána? Tehát a fejlesztés szempontjából gondolom, hogy az alapellátás humánerő-fejlesztési kérdéseit egy kicsit jobban át lehetne gondolni.

Most egy kicsit csapongok, de megint maradok az alapellátásnál. Én borzasztóan örülök annak az elképzelésnek, amit a pályázati, illetve ezzel a lehetőséggel is támogatni lehet, az informatikai fejlesztésnek. Kétségtelen, hogy az egészségpolitika számára nagyon fontos adatokra van szükség, ami nélkül igazából, ha komolyan akarjuk tervezni az egészségpolitikát és felmérni a valós igényeket, e nélkül nem lehet. Csak én már ezer éve, mint volt alapellátó, minden politikai kormányánál, formációnál jeleztem volt, hogy ezen

informatikai adatok szükségessége fontos, erre nemcsak az egészségpolitikának van szüksége, hanem az úgynevezett kezelőorvos státuszban lévő kollégáink számára. Mondok egy példát: amikor az ember az alapellátásba elment ügyelni, egy olyan 30 ezer fős körzetbe ügyelni, és bejött a házi orvos számára értelemszerűen ismeretlen beteg, mert a saját betegek ritkán jöttek, ha jól dolgozott, akkor elvileg nem voltak ilyen ügyek, de betévedt egy olyan beteg, akiről soha, semmit nem tudtunk, semmiféle adatot nem tudtunk, csak a beteg intelligenciájára vagy állapotára volt bízva, hogy valamilyen adatot tudjunk szerezni a betegről, természetesen a beteg sokszor olyan információkkal szolgált, hogy „Milyen gyógyszert tetszik szedni?” - Hát pirosat, pöttyöset, sárgát. „Milyen bajai voltak?” - Mit tudom én, már elfelejtettem, vagy olyan állapotban volt a beteg, hogy nem is tudott válaszolni.

Már akkor jeleztük volt, hogy jó lenne egy olyan informatikai adatbázis, amiből a kezelőorvosok egy ilyen esetben is le tudják nyerni az adatokat. Tehát magyarul: a fejlesztések nagyon jók, de próbáljunk már egy kicsit komplexebben gondolkodni, hogy ebből a komplex adatbázisból a kezelőorvosok is nyerjenek, mert gondolják el, micsoda ellátásdefinitás-javulás lehet abból, hogy az ügyeletes orvos mindent tud a betegről, és úgy tud nekiállni a gyógyításnak, és nem alibiből, valahogy ellátja, aztán „menjen el holnap vagy a hétvége után a házi orvosához” című történet van. De ez eléggé jellemző volt eddig is a rendszerre.

Tehát ezért rettentően fontos, hogy ha az informatikai fejlesztéseknél mindenkire tekintettel leszünk, azokra a hatóságokra, akiknek más szempontból kell, azon egészségpolitikai műhelyek számára is hozzáférhető, akik valóban ebből tudnak tervezni, és természetesen olyan adatokból dolgoznak, amiből a személy nem azonosítható, tehát statisztikai adatokból. De a kezelőorvos számára nem statisztikai adat kell, hanem annak az adott betegnek az összes olyan ismerete, ami nélkül az, hogy kezelőorvos, nem is értelmezhető. Tehát ez jó lenne.

A másik pedig, amit államtitkár úr is említett, a hiányzó kapacitások között, ha jól emlékszem, említette a rehabilitációs kapacitásokat, és ezt azért hozom szóba, mert államtitkár úr is tudja, hogy eléggé intenzív levelezésben állok a tárcával az úgynevezett ritka betegségek vagy speciális ápolási igényt igénylő betegségek kérdésében.

A fejlesztés. Itt vannak a Duchenne-esek. Éppen most volt egy albizottsági ülésünk, ahol ennek a problematikáját az egész országban körbejárta az albizottság és látta, amit látni kellett, de ugyanide tartoznak véleményem szerint a más okból így megbetegedettek, a Heine-Medin-esek, akik közül lehet, hogy már csak 4-5 ezer ember él Magyarországon. Hál' istennek ez nem egy olyan betegség, ami holnap is keletkezik, mert ezt gyakorlatilag sikerült megszüntetni, de visszatérve a különbözők izomdystrophiákra, aminek genetikai és más okai vannak, azok újonnan születendő betegségek.

Tehát az lenne az egyik kérdésem, hogy ezeknek a rehabilitációs kapacitásoknak a fejlesztésénél mennyire tudják figyelembe venni azt, hogy ezek különleges ápolási igényű betegségek, és amikor én már egy kérdésben kérdeztem a miniszter urat és megkaptam rá a választ, akkor mondták, hogy kérem, a Heine-Medin-eseknek is vannak olyan intézményei, ahol lehet ápolni őket.

Bátorkodom megjegyezni, hogy egy Heine-Medin-es hogy el tudjon menni Hévízre, ahhoz nem elég őt oda eljuttatni, hanem kell plusz egy olyan segítő személy, nem az ottani ápoló személyzet, hanem a családból valakit el kell vinni, aki a mindennapi ellátását meg tudja oldani, hogy egyáltalán bármit is tudjon csinálni.

Tehát ezek sajnos, speciális ápolási igényeket jelentenek, és az, hogy rehabilitációs intézményeket fogunk kialakítani, és nyilván az államosítás kapcsán is olyan átszervezések lesznek, ahol az aktív ágyak helyét ilyen rehabilitációs ágyak is átveszik, akkor ezekre is gondolni kellene, és ezekre a pontosan ritka vagy speciális ápolást igénylő betegségekre is jobban rá kellene fókuszálni, ha már van ilyen fejlesztési erőforrás és lehetőség.

Egyelőre köszönöm szépen, ennyit mondanék.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szabó Tamás képviselő úr!

DR. SZABÓ TAMÁS (Fidesz): Köszönöm szépen, elnök úr. Tisztelt Államtitkár Úr! Szeretném jelezni azt egyfelől, hogy ez az anyag, amit megkaptunk itt jelentés formájában, azt gondolom, hogy ez egy igen jól sikerült és a célját teljes mértékben, legalábbis a tájékoztató célját teljes mértékben szolgáló anyag. Ha az ember végigolvasta, akkor lényegében szinte minden egyes momentuma ismerősként köszönt vissza, de azért így rendszerezve, összefoglalva, ahogy ez a történet 2007-től napjainkig lezajlott és látjuk, hogy 470 milliárdnak körülbelül a 70 százalékát a rendszer ilyen módon el is használta, és a maradék 30 százalékra pedig a jelenre, illetve a jövőre vonatkozó elgondolásokat tartalmazza, ez így mindenképpen hasznos.

Azt gondolom, hogy nemcsak közvetlenül a szakmában, a szakpolitikában mozgók számára, de úgy gondolom, hogy a kapcsolat, főleg a humán fejlesztések oldalán a különböző civil és önkormányzati szereplők számára is kiválóan jó összefoglalást ad a most folyamatban lévő, és még az elképzelhető lehetséges dolgokról.

Nekem annyi lenne a kérdésem ezzel kapcsolatban, és most elsősorban a jelenre, illetve még arra a szűk jövőre koncentrálnék, és nem 2014-től a következő időszakra, amelyek előttünk állnak, hogy számtalan projekt rövid időn belüli indulásáról van itt szó, sőt olyan szinten is, hogy a határidők megjelölésénél nagyon sokszor találkozom a 2012 márciussal, és magának a projektnek talán az indulása még nem realizálódott. A kérdésem az lenne, hogy ezek a tolodások meddig tarthatók, illetve hogy egyáltalán a 2013-as ciklusvég megjelent-e, hordoz-e magában valamiféle veszélyt arra nézve, hogy esetleg a forrásokat mégsem tudjuk úgy felhasználni, ahogy kellene, illetve ha ilyen veszély létezik, akkor ennek elhárítására akkor mi a stratégia? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Alelnök úr még egy mondattal kiegészítené az eddig elmondottakat.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Ez bizonyos fokig kérdés is lenne, ugyanis elhangzott az osztályvezető úr részéről is, hogy eddig az egészségügyre azt mondtuk, hogy nemzeti hatáskörbe tartozik. De vannak már közös kompetenciák, vagy legalábbis lehetnének közös kompetenciák. Elmondtam, hogy milyen feltétellel lehetne megvalósítani, és megmondom őszintén, pont a humán-erő-gazdálkodásban éreznék olyan lehetőséget, amiben nekünk is kellene – hogy mondjam – ezeket a közös kompetenciákat bővíteni.

Mire gondolok? Jelen pillanatban az összes uniós tagállam, mármint az úgynevezett régi tagállamok egyszerűen passzívan elszenvedik, hogy a szakképzett munkaerőnk nagy része kiáramlik. Megmondom őszintén, én ezt roppantul rosszallom, mert gyakorlatilag az uniós tagállamok nagy része egyszerűen szerepet játszik abban, hogy a kevésbé fejlett vagy később belépett volt szocialista országok - akik most az Unióban vannak -, azoktól a munkaerőt egyszerűen lerabolja, mondván, hogy nekik is van egészségügyi dolgozó hiányuk, és szépen hallgatólagosan szemlélik is.

Amikor ilyeneket mondanak, hogy etikai szabályokat találnak, ezen megmondom őszintén, hogy röhögnöm kellett, hogy ők milyen etikai szabályokat találnak, nem is találtak ki semmi olyat, aminek eredménye is lenne, és az uniós tagországok tennének azért. Persze, nem úgy, hogy gátolják a szabad munkavállalás lehetőségét, mert ez egy szent dolog az Unióban.

Nem is erre gondoltam, hanem arra gondoltam, és most lehet, hogy megint hülyén fog hangzani, amit mondok, de nagyon jó lenne, ha közös kompetencia lenne az egészségügy területén az egészségügy bérezése. Ugyanis e nélkül, ha ez nem uniós irányelv, nem kötelező

irányelv, hogy az egészségügynek egy bizonyos szintű bérezést kell adni, azért, hogy a munkaerő-elszívás ne egzisztenciális okokból történjen, ha ezt nem tudjuk megoldani, akkor anélkül soha nem tudjuk leküzdeni. Az a béremelési lehetősége a kormánynak, ami most is volt, valljuk be őszintén, hogy szép volt a kezdeményezés, jó szándékú volt, lehetett is neki örülni, csak azt nem látjuk, hogy ez egy fokozatos valami lenne, vagy mikor fog eljutni arra a szintre, hogy végre emiatt megálljon az uniós eláramlás. Félek tőle, amikor elér arra a szintre a magyar bérhelyzet az uniós átlagbérezéshez képest, addigra itt szinte már nem marad senki. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm. Hollósi képviselő úr!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Három, talán sorrendben úgy mondhatnám, hogy egy taktikai, egy stratégiai és egy eszmei megjegyzésem, illetve kérdésem lenne. Az egyik úgy kezdődik, hogy hallottam az államtitkár úr szóbeli kiegészítésében, hogy azok az intézmények, illetve azok a régiók, ahol valamiféle átalakulás, egy kicsit durvábban fogalmazva: valamiféle rendszerbe való belenyúlás, illetve változtatás lesz, ott azért a helyreállításra vagy rekonstrukcióra esetleg nagyobb összeg felhasználásra kerülhet, ami méltányos összeg. Ennek a megerősítését szeretném, mert biztos, hogy vannak másutt is olyan helyek, ahol bizony, jelentős vérvesztéseget, ha úgy tetszik, kapacitáscsökkenést szenvednek el. Tehát ez lenne az egyik. Ha ez így lesz, akkor örömmel veszünk részt is benne, illetve nagyon jó optikája lenne.

A másik kérdés, amit már részben érintett Gyenes képviselő úr, a házi orvosok és a házi orvosokkal való együttműködés. Az egész változtatásra és erre a jobb irányba való elindulásra, azt gondolom, hogy a házi orvosok és az egész házi orvosi rendszernek az ebbe való bekapcsolására - most minden szinten nem is kívánok belemenni a részletekbe, de akár informatikai, akár egyéb szinten való összekapcsolására - nemcsak a kommunikációban, hanem a valóságban is talán nagyobb hangsúlyt kellene vagy lehetne fektetni. Ha ez megvan a rendszerben, azt örömmel veszem. Azért érzem, hogy benne van, de ezt erősíteni kellene.

A harmadik dolog pedig inkább eszmei. Azt gondolom, ezt egy kollégám mondta, úgyhogy plágiumnak számít, hogy ha légváratat nem építünk, akkor sosem fogunk rendes váratat építeni. Azt gondolom, hogy ha nem bízunk abban, hogy az embereket rá lehet arra venni, hogy egészségesebben éljenek, törődjenek az egészségükkel, egy kicsit talán a szokásaikat, akár a gyógyszereszedési szokásaikat önmaguk is felülvizsgálják, vagy felülvizsgáltassák, akkor azt hiszem, hogy tényleg minden hiábavaló erőlködés lesz csak a mi részünkről. Talán így lehet őket megnyerni, hogy mi is tesszük a dolgunkat, és elképzelhető, hogy azért ők is teszik a dolgukat, és feltétlenül mondjuk így lehet a szolidaritási alapon működő egészségügyet, ha nem is lendületben, de legalábbis ebben az állapotában valamiféle jövőképpel is ellátni. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Zombor képviselő úr!

DR. ZOMBOR GÁBOR (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Egy konkrét kérdést szeretnék feltenni. Vannak olyan pólusprojektek, amelyek azért indultak el, hogy több telephely megszüntetésre kerüljön, és több olyat ismerek, ahol valami érthetetlen oknál fogva, az akkori Irányító Hatóság pont olyan módosításokat, csökkentéseket eszközölt a pályázati programban, ami csak részben eredményezi a telephely megszüntetését. Ezekkel mi lesz? Lehet-e ezeket a programokat folytatni, hiszen pont azt a célt nem tudják elérni, ami igazából szükséges volt. A tervezés során erre érdemes majd energiát fordítani.

Konkrét kérdés, hogy lesz-e folytatása az ilyen részben félbemaradt pólusprogramoknak? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdés, észrevétel? *(Nincs jelzés.)* Általában nem szoktam visszaélni a levezető elnöki jogkörrel, de mégis ha lehetne, nagyon röviden én is feltennék egy-két kérdést, és egy nagyon rövid reflexiót, ha megengedik.

Örömmel tölti el az embert az, hogy ebben az anyagban végre lát talán egy reménysugarat arra, hogy az egészségügy egészét együttesen próbáljuk majd kezelni valamikor egyszer, mert körülbelül húsz évvel ezelőtt indult egy alapellátással kapcsolatos valami ebben az országban, ami nem jutott el a fekvőbeteg-ellátásig, ha úgy tetszik. Felfelé vezet-e az út egyáltalán, bár ennek a felfelé vezető jellegéről egyáltalán nem vagyok meggyőződve, de minden munka egyformán fontos a maga helyén. Most pedig felülről indult el valami, ami úgy néz ki, hogy az alapellátásig nem jutott le ez a történet.

Kétfelé bontanám a kérdésemet. Az egyik, amire már Szabó képviselő úr utalt, hogy a 2007-2013 közötti időszak - most 2012 közepén vagyunk - végéig ezeket a projekteket, amelyek addig esedékesek, be kell fejezni. Ez rendkívül fontos. Államtitkár úrtól kérdezném, hogy azok a projektek, amelyek nagy valószínűséggel nem fognak megvalósulni, nyilvánvalóan nem szó szerint és név szerint gondolva és megjelölve projektek, azok lehetnek, amelyek sem jogilag, sem szakmailag nem tisztázottak, illetve egyáltalán még el sem indultak, még egyelőre mondjuk a tervezés stádiumában sincsenek, mert akkor ezek a források nyilvánvalóan hasznosíthatóak lennének a többinek a biztonságos befejezésére.

Itt azért egy nagyon fontos kérdés nem hangzott el az új állami kezelésbe-vétel kérdését illetően, a rugalmas intézés mellett az önrészeknek az állami biztosítása, ami rendkívül fontos, mert ez a finanszírozás terhére nyilvánvalóan nem képzelhető el. Ez lenne a 2007-2013 közötti időszakra.

A 2014-2020 közötti időszakban, amit osztályvezető úr mondott, az részben reménnyel, részben előzetesen, ha nem is aggodalommal, de mindenképpen gondolatokkal kell hogy eltöltsön bennünket a tekintetben, hogy ha a négy stratégiai ágazatot megnézzük, amely mondjuk az Unió projektjeire felfűzhető, akkor nagyon-nagyon méltánytalan lenne, ha az egészségügy ennek nem lenne részese, éppen az átvezető, így a Semmelweis-terv és a többi miatt. Annál is inkább, mert a lakosság egészségi állapota, amelyben mi most ebben a két évben elég sok mindenben elindultunk, Gyenes alelnök úr is jeles képviselője ennek az ügynek, a népegészségügyi program és egyáltalán a lakoságnak az egészségi állapota, ami úgy gondolom, hogy az Unió adataiból teljesen ismert. Tehát ebben nagyon reménykedünk, hogy ennek részei kell hogy legyünk a következő időszakban is.

Ami nagyon-nagyon fontos, hogy itt elhangzott az ágazati stratégia kérdése, ami azért nagyon lényeges, mert mint ahogy mondtam, elindult egy irányba. Úgy gondolom, hogy a döntések azért nagyon felelősek, és az Unió irányába azért kell nagyon-nagyon biztonságosan és megalapozottan eljárni a döntéshozóknak, mert éppen a kistérségi járóbeteg-ellátásoknak az elindítása egy olyanfajta önkritikát kell hogy gyakoroljon mindannyiunkra vonatkozóan, amikor valakik döntést hoztak ebben a kérdésben, hogy nem biztos, hogy ilyenfajta döntéseket az Unión majd a későbbiekben át lehet vinni, mindenki jól tudja, hogy mire gondolok. *(Megérkezik az ülésre dr. Kiss Sándor.)*

Tehát olyanfajta ügynevezett luxusberuházásokat elvégezni, amelyeknek a működésének a biztosítása egyáltalán nem biztos, hogy a jövőben biztosítható vagy legalábbis nagyon nehezen.

Tehát úgy gondolom, hogy mindenképpen a következőkben a népegészségügy mellett el kell jutni addig, amit alelnök úr mondott, az egészségügy helyzetéig, és amennyiben az alapellátásig nem megyünk el ezekkel a programokkal, akkor tulajdonképpen nem fogunk jó úton járni. Én ezeket a gondolatokat szerettem volna mindenképpen megosztani önökkel, és amennyire erre tudnánk megnyugtató választ hallani, vagy ha esetleg egyáltalán tudnánk olyan választ kapni, hogy vannak-e már olyan előzetes egyeztetések, amelyek szerint

reményeink szerint, ha nem is biztosan, de nagy valószínűséggel az ágazat részéről részesei lehetünk annak a négy területnek, amely az Unióban elfogadást nyer reményeink szerint a jövőben. Köszönöm szépen.

Akkor a tetszőleges válaszáadás vonatkozásában nem venném vissza a szót, a válaszáadás lehetőségét kérném.

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válasza

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen, elnök úr, és köszönöm a bizottsági tagok kérdéseit. A legfontosabb üzenetet, amiért jöttünk, azt főosztályvezető úr mondta ki, hogy ez nemzeti kompetencia, hogy mit sorolunk előre. Tehát igazából szerettük volna kollégáinknak azt az üzenetet elhozni, már úgy értem, hogy ágazati kollégáinknak elhozni az üzenetet, hogy a politikai munkát nekik is bele kell rakniuk a rendszerbe, mi küzdünk, tehát mi képesek voltunk a prioritásrendszert uniós szinten úgy befolyásolni, hogy a pályán maradjunk. De most ezt itthon meg kell küzdeni.

És van egy nagy veszély: a gazdaságélénkítés, -növekedés fejlesztése mindig elhomályosíthatja azt, amikor az itteni beruházási szükségletek megjelennek, mindig elhomályosíthatja azt, hogy az emberi erőforrásba, az egészségbe történő beruházás az egyik kulcseleme. Tehát ebben a kérdésben teljességgel egyetértünk önökkel. Tehát segítsenek minket ezt a munkát belerakni. Tehát egy partnerséget szeretnénk kérni a bizottságtól, a bizottsági tagoktól ebből a szempontból.

Gyenes alelnök úr számára: én tudom, hogy a politikai kommunikációs vitának és a politikai kommunikációs szükségleteknek úgy kell történniük, ahogy azok mennek a hétköznapiak során. De szeretném képviselő urat, alelnök urat is meggyőzni arról, hogy azáltal, hogy mi egy szervezett egészségügyi rendszert hozunk létre, rajtunk kívül ilyen jellegű törekvés leginkább Skandináviában figyelhető meg. Olyan feltételrendszert rakunk össze azok által a változtatások által, amiket mi most csinálunk, amiben integrált módon kezelhetővé, vezethetővé, célirányosan vezethetővé válik a magyar egészségügy.

A legnagyobb hibaként a vezethetőség hiányát, a koordináció hiányát, legyen az kapacitás, legyen az emberierőforrás-vesztés, fejlesztési erőforrások, a stratégia hiányát éreztük. Tehát egy egységes ellátórendszert kívánunk összerakni, és isten ments, hogy a sajtó félreértse. Tehát én játékban vagyok, és isten ments, hogy bármi ilyen következtetést levonjanak, bárki jön utánam ebben a székben, azáltal, hogy ő egységesen látja, hogy mennyibe kerül a földgáz egyik vagy másik kórházban, és egységesen tudja egy országban beszerezni az energiát, azt fogja látni, hogy ez nagyon jó, hogy így van, és nagyon jó, hogy ezeket a tartalékokat mozgósítani tudjuk.

Tehát azt tudom mondani, hogy engem nem zavar a politikai kommunikációs felhang, viszont tisztelettel kérem, hogy mindenki próbálja meglátni egy egységes rendszermenedzsmentben rejlő lehetőségeket.

Tudom, hogy a béremelésben most egy első, nagyobb lépcsőt tettünk, de én számolom azt is, hogy 10 milliárd forintot beleraktunk az alapellátásba. A praxiskezelő most egy egyszeri, most lejár a határidő, de a megmaradt pénzt kinyitjuk, és nemcsak a frissen végzetteknek lesz elérhető, hanem az időseknek is, és megyünk tovább. Tehát tényleg igyekezzünk, tehát biztatásként veszem a szavait, megyünk tovább.

Hadd mutassak ugyanakkor, direkt nem mutatom az alkalmazást, ez éppen egy üzleti alkalmazás, ezeket a szolgáltatásokat az OEP nyújtani tudja, és ezek a szolgáltatások, amit ez az üzleti alkalmazás nyújt, ezek az OEP adatbázisára épülnek. Amit itt látunk, ez bármelyik házi orvos iPod-jára letölthető, vagy androidos készülékére, és itt látjuk, itt egy adott, egy élő eset, látjuk, hogy ultrahangkezelés, funkcionális kezelés, vázizomrendszer, kötőszövet egyéb betegségei, vérvétel, tehát a házi orvos lát mindent ma. Tehát ezeket az alkalmazásokat el kell terjeszteni, itt van tessék egy laborletet. Tehát a házi orvos egy ilyen felületen keresztül ehhez

ma hozzáfér. Az a házi orvos, aki ezt igényli, vagy eljutott már hozzá az információ, az már ezt ma tudja. Mi azon dolgozunk főigazgató asszonnyal, az OEP, a GYEMSZI, az ÁNTSZ, az OTH csapataival, hogy mindaz az adat, ami rendelkezésünkre áll, az ellátás fejlesztésére álljon rendelkezésre. Tehát nem az van, hogy egy beporosodott, vagy vannak ezek az informatikusok, akik számomra rejtélyes módon egy fél életet eltöltenek egy ablak nélküli szobában az adatbázisok tisztításával, és ilyen molekuláris tektonikus mélységben élnek meg az adatok nagyszerűségét. Nem, ezt mozgósítani szeretnénk a rendszerben dolgozók és a betegek számára is. Tehát a betegnek elérhetővé kell tenni valami olyan felületet, ahol ő mondjuk a krónikus állapota kezelésében, terápiájában a követésében felelősséget tud vállalni. Most akkor egyszerűsítve mondom: lesz egyfajta – olyan, mint iwiw vagy facebook -, a páciensek számára elérhető egészségügyi felület, de az orvosok számára is. Tehát ezen dolgozunk, hogy összekössük.

Úgyhogy azok a projektek mélységében erről szólnak, nagyon igyekszünk nem elrontani őket, tehát sokat dolgozunk most rajta.

Egy gyors válasz arra, hogy vajon, el tudjuk-e költeni minden pénzünket. Itt ül az irányító hatóság képviselője, akit mi csak a korbácsos emberként hívunk, tehát üt minket, nyom minket, mert a magyar gazdaság számára sem mindegy, hogy mikor kerülnek felhasználásra ezek a források. Tehát azt lehet mondani, hogy jó közelítéssel, és elnézést kérek elnök úrtól, hogy a formát megszegve, de Zsolt, erősíts meg engem, hogy pont a TÁMOP-projektek esetében egy kivételesen pozitív visszajelzést kaptam most az irányító hatóságtól az Uniótól.

DR. MOLNÁR-GALLATZ ZSOLT (Nemzeti Fejlesztési Ügynökség): Igen, így van. Jó napot kívánok! Molnár-Gallatz Zsolt vagyok a Nemzeti Fejlesztési Ügynökségtől. Amit államtitkár úr mondott: igen, a bizottság pont a TÁMOP-projektek előrehaladását gyakorlatilag ilyen kéthavi, negyedéves rendszerességgel monitorozza itt, Magyarországon, tehát folyamatosan jönnek ide, és pont az elmúlt fél év, három hónap eredményeit méltatta a bizottság az egészségügy területén kifejezetten, hogy ezeket a pályázatokat megjelentettük, hogy a humán erőforrás fejlesztésére 15 milliárd forintnyi forrást első körben allokálni tudtunk, úgyhogy ezek az eredmények megvannak. Arra a kérdésre pedig, hogy a 2007-2013-as tervezési ciklus, ez valóban így van, tehát ez a tervezési ciklus 2013-ig szól, de az Uniónak van egy pénzfelhasználási szabályzata is, ami azt mondja, hogy 2015-ig lehetséges ezeknek a forrásoknak a lehívása.

Tehát ez egy viszonylag lényeges, és azt gondolom, hogy ez részben válasz, talán két képviselő úr is feltette ezt a kérdést, hogy meddig lehet ezeket a forrásokat felhasználni, 2015-ig ezek a források rendelkezésre állnak, fel tudjuk őket használni. Nyilván van egy évek közötti ütemezés, amit tartanunk kell, amiben nyilván vannak kihívások, de azt gondoljuk, hogy ezeknek meg tud felelni mind a fejlesztéspolitikai, mind az egészségpolitikai ágazat. Tehát mi azt látjuk, hogy 2015 év végéig ezek a források nagy valószínűséggel felhasználhatóak. Illetve arra azért felhívnom a figyelmet, hogy a végrehajtásról szóló 4/2011-es kormányrendelet módosításáról nemrég született döntés, ami előrevetíti azt, hogy pont a források teljes körű felhasználása érdekében a többletkötelezettség-vállalásra is lesz lehetőség, vélhetően az egészségügyi fejlesztések kapcsán is, pont azért, hogy ha vannak lemorzsolódó projektek vagy olyanok, amelyek bármi miatt nem úgy teljesítenek, ahogy azt előzetesen prognosztizáljuk, akkor ez a forrásfelhasználás teljes körű legyen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Parancsolj, államtitkár úr!

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): A ritka betegségek, egy különleges ápolási igényre vonatkozóan a 33. oldalt ajánlanám figyelmükbe,

ott az 5. és 6. pont mutatja a gyermekgyógyászati rehabilitáció, speciális profilként súlyos központi idegrendszeri károsodottak posztakut ellátása, a 6. pont a neuromuszkuláris rehabilitáció, illetve súlyos központi idegrendszeri sérültek rehabilitációja. Tehát erre külön figyelmet szentel. Tehát nem a klasszikus rehabilitációs kapacitásokkal jól ellátott területekre fókuszáltuk, hanem próbáltunk korrektül, kardiológiai rehabilitációban kizárólag ambuláns fejlesztést támogattunk, tehát a korszerűségét is néztük az ügyeknek.

Területi konzorciális együttműködést kértünk tőlük. Tehát amikor azt mondtam az elején, hogy egy olyan áttekintést végeztünk, hogy abba belefér-e, akkor olyan módosításokat elvégeztünk, hogy nem egyedi stratégia, hanem egy térségen belül jussanak egyezsége az intézmények. Tehát már megköveteltük a siker elérésében az együttműködést.

Tehát egy olyan előkészítési módszertani változtatást tettünk, ami kizárta azt, hogy ilyen kaparj kurta alapon pályázzanak, hanem az együttműködést igényeltük tőlük. Nem biztos, hogy ez mindig, minden esetben a legjobb eredményt hozta, de voltak olyan adottságok, amin változtatni nem tudtunk, hiszen menet közben vettük át a projekteket, de amit lehetett, azt megtettük.

Nagyon fontosak a HR-ügyek. Csak jelzem, hogy egyéb fejlesztéseink vannak, negyedéven belül egy olyan HR-kontrolling rendszer lesz az összes GYEMSZI által vagy GYEMSZI intézmény által alkalmazott foglalkoztatott követésére, hogy tudni fogjuk, elemzéseket tudunk készíteni ügyeleti díjról, pótlékkörbe tartozókról, tehát olyan háttérfejlesztések is készülnek, ami megnyitja a lehetőségét egy céltudatos emberierőforrás-gazdálkodásnak. Az emberierőforrás-migráció kapcsán uniós alapelvek ütköznek, a munkaerő szabad vándorlása és az egyenlő hozzáférés a szolgáltatásokhoz, hiszen következményesen az egyenlőség sérül és ellátási egyenlőtlenségek alakulnak ki, ha valahonnan, hiányszakmában dolgozók elvándorolnak.

Van egy uniós „Joint action”, ami az emberierőforrás-krízis kezeléséről szól, rendkívül aktívak vagyunk. Mi gyűjtjük össze Európában a migrációs számokat, tehát mi leszünk azok, akik rámutatunk az aránytalanságokra, és hogy milyen irányú az elvándorlás. Korrekciós foglalkoztatási programokon dolgozunk és próbáljuk elérni, hogy ilyenek legyenek. Tehát egyetértek azzal, hogy itt egy nemzet, egy tagállam nem fogja tudni ezt a problémát kezelni, és az Uniónak kompenzációs mechanizmusokat kell tennie. Ugyanakkor mi magunk pedig megállapodunk például a svédekkel, hogy rotációs alapon, marad is szakember, ki is megy egy időre, többet is keres, és visszatér, tehát ilyen rotációs programokban is dolgozunk olyan országokkal, amelyek ilyen hosszú távú migrációs célországok voltak, tehát a kecske is jóllakjon, a káposzta is megmaradjon alapon próbálunk együttműködni. Az „ethical costs of recruitment” szerintem is az egyik legjobb vicc, amit kitalált a nemzetközi egészségpolitika, ebben egyetértünk.

A budapesti ellátórendszer, a KMR, a közép-magyarországi források, ebből volt a legkevesebb. Ezért van az, hogy a törvényekben, a különböző törvénymódosításainkban felhatalmazást kértünk arra, hogy az üresen álló vagy felszabaduló telephelyek hasznosítása, esetleg értékesítése a megmaradó intézmények fejlesztésére fordíthatassanak, tehát az egészségügyi célvagyon-gazdálkodást kell hogy segítse.

Tehát elsősorban Közép-Magyarországra gondolva kértük ezeket a felhatalmazásokat. Nagyon intenzíven dolgozunk azon, hogy erre is legyen pénzünk még a nehéz körülmények között is.

A háziorvoslás bekapcsolása, integrálása a rendszerbe, ez egy alapvető feladat. Itt mutattam itt ezt az előző szoftvert, ez már jó példa arra, hogy milyen lehetőség van már most benne a rendszerben. Ezen az úton megyünk tovább.

A konkrét pólus-telephely megszüntetésre nem jutott pénz. Mindenképpen tervezünk folytatást. Ez azért annak is függvénye, hogy hogyan alakulnak a mostani források. Csak jelzem az irányító hatóság képviselőjének, hogy szerintem egyes frontokon mi más

ágazatoknál megmaradó pénzeket fel tudnánk használni értelmes célok érdekében. De ezt isten ments', hogy a sajtó megírja, mert megölnek a kollégáim. Tehát ilyenre mi lelkileg készülünk.

Azt hiszem, hogy ez alatt az idő alatt, mármint 2013-ig döntéseket kell hozni, csak az adott döntések mentén a pénzfelhasználás tart 2015-ig, de utánaézek, én jelenleg úgy tudom, hogy ezt most konkrétan folytatni nem tudjuk, de megnézem ennek a lehetőségét, és vissza fogok jelezni.

Az önrész, ha jól tudom, a XIX. fejezete a költségvetésnek, ezt az NGM megnyitotta. Tehát az önrész rendeződni látszik az átvett intézmények esetében is. A jövőben indulókat pedig már eleve így tervezzük.

Az egy fontos információ, hogy ez egy felülről nyitott kassza, tehát az önrészeknél én problémát nem látok az állami intézmények esetében. Ez egy megnyugtató dolog.

Azt javaslom, tehát még van egy, azt hiszem, a tervszerződésekkel kapcsolatban kollégámnak még volna mondanivalója, én annyit kell hogy mondjak, hogy praktikus lenne talán az ősszel újra foglalkozni a kérdéssel, mert 2012 ősze már 2013-hoz nagyon közel van, és addigra már az informatikai fejlesztések keretei elég jól fognak látszani. Van, ami már az OEP-nél néhány, a rendszer megerősítését, fejlesztését célzó projekt már a megvalósítás fázisában lesz. Lehet, hogy akkor praktikus volna a népegészségügyi, informatikai projektekkel újra foglalkozni, és akkor számot adhatnánk arról, hogy milyen állapotban vagyunk, a felhasználás biztosított lesz-e.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Főosztályvezető úr!

Dr. Balogh Tamás főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai

DR. BALOGH TAMÁS főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen, elnök úr. Elnök úr tette fel azt a kérdést, hogy a 2014-20-as következő hétéves periódusban lehetőség lesz-e az egészségügy magasabb reprezentációjára. Itt államtitkár úr a válaszadást nyitó hozzászólásában elmondta, hogy alapvetően ez egy közös felelősségünk, és ezért is örülünk annak, hogy itt vagyunk, hiszen mindazt, ami a parlamentben és nem a kormányban zajlik, azt elsősorban önök tudják motiválni.

Nyilván ebből a szempontból fontos, hogy az Unió a lehetőséget biztosította a tagállam számára, hogy aközé a négy tematikus terület közé az egészségügyet is beválogassa. De hogy beválogatja-e vagy sem, az nem az Unión múlik, a kormányon és az Országgyűlésen közösen múlik.

Tehát ebből a szempontból azt gondolom, hogy ez egy nagyon hasznos és a megfelelő fórumon folytatott megbeszélés volt közöttünk. *(Dr. Szócska Miklós: És időszerű!)*

Úgyhogy rögtön csatlakoznék is, ha lehet, venni a bátorságot államtitkár úr azon kívánságához, hogy ősszel újra találkozzunk, hiszen akkor nemcsak az általa említett folyamatban lévő fejlesztések előrehaladásáról, de egyszersmind a 2014-20-as periódus tervezésének előrehaladásáról is be tudunk számolni, amennyiben erre van igény az önök részéről. Adott esetben talán az is hasznos lenne, hogy ha ennek a tárgyalására az Országgyűlés Európai ügyek bizottságával közös, együttes bizottsági ülés keretében kerülhetne sor, hiszen nyilván a főtárgyaló a Külügyminisztérium ebből a szempontból, adott esetben lehet, hogy ezek a dolgok össze is érhetnek, ha ezt önök szükségesnek, illetve célszerűnek tartják.

Visszatérve elnök úr azon kérdésére, hogy a hazai egészségügy uniós fejlesztésének a magasabb reprezentációja milyen pénzügyi szervezeti, számviteli, fegyelmi kérdésekkel függ össze a következő hétéves periódusban, a tervszerződések rendszere, amelyre már államtitkár úr is utalt, egy határozott lépés az Európai Bizottság részéről abba az irányba, hogy a

tagállami forrásfelhasználást és különösen annak a gyakori egyoldalú változtatását ne nézze tétlenül a következő hétéves periódusban.

Tehát a jelenlegi hétéves forrásfelhasználás 2007-2013 között úgy történt meg, mintha a tagállam és az Európai Bizottság lényegében egy bilaterális szerződést kötött volna egymással, az Új Magyarország Fejlesztési Terv, aktuálisan az Új Széchenyi Terv elfogadásával.

Ez volt az, amely minden egyes ágazati fejlesztési szükségletet operatív programként, tehát ágazati szakterületenként definiált, és ennek a letárgyalása, illetve az elfogadása lényegében egy bilaterális szerződés módjára történt.

Ezt a szerződéses jelleget erősíti, sőt formalizálja a Bizottság a következő hétéves ciklusra, amennyiben egységesíti ezeknek a minden egyes tagállammal elkészítendő nemzeti fejlesztési terveknek – hiszen ez a műfaja az Új Széchenyi Tervnek – a struktúráját, és tervszerződésnek nevezi el, a megsértésüket pedig keményen szankcionálja.

Tehát azt gondolom, hogy minden tagállam, beleértve Magyarországot is, a korábbinál jóval fegyelmezettebb, jóval nagyobb önfegyelemmel végrehajtandó hétéves periódus elé néz majd. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Nagyon szépen köszönöm. Úgy gondolom, hogy egy rendkívül tartalmas napirenden vagyunk túl. Nagyon köszönöm államtitkár úrnak, főosztályvezető úrnak és Molnár-Gallatz Zsolt úrnak az értékes kiegészítéseit. Nyilvánvalóan visszatérünk rá, és a jelenlévőkön túlmenően szeretnénk megköszönni a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium illetékes államtitkárságának, az NFÜ-nek, és a mi államtitkárságunknak természetesen, és nyilvánvalóan az ESZA-nak és mindenkinek a segítségét, aki ebben a szakszerű munkában bennünket segít, támogat, és az NGM-nek, hogy megnyitotta ezt a lehetőségét. Tisztelettel tudomásul vesszük ezt a tájékoztatót, erről szavazást nem kell tartani, és ez év őszén vissza fogunk térni akkor újra erre a napirendre. Köszönöm szépen. *(Dr. Szócska Miklós: Köszönöm szépen, elnök úr.)*

Tájékoztató az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi és 2012. I. negyedévi bevételi, kiadási főösszegeinek alakulásáról

Köszönöm szépen. Itt most nem kell kétperces technikai szünetet elrendelni, mint a parlamentben bizonyos napirendek között szoktak. Áttérnénk második napirendünkre: tájékoztató az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi és 2012. I. negyedévi bevételi, kiadási főösszegeinek alakulásáról.

Tisztelettel köszöntöm a napirendi pont előadóját, Sélleiné Márki Mária főigazgató asszonyt, jelenlévő kedves munkatársait, Gajdácsi József pénzügyi főigazgató-helyettes urat, Kálmánné Juhász Ilona közigazgatási főigazgató-helyettes asszonyt, Varga Péter finanszírozási főosztályvezető urat, Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető asszonyt és Bogdán Zsuzsanna pénzbeli ellátási és ellenőrzési főosztályvezető asszonyt.

Nagyon széles körű hál' istennek az OEP részvétele, és a kiadott és rendelkezésünkre bocsátott írásos anyag mellett szóbeli kiegészítésre főigazgató asszonynak adom át a szót.

Sélleiné dr. Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) szóbeli tájékoztatója

SÉLLEINÉ DR. MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm szépen. Tisztelt Elnök Úr! Alelnök Asszony! Alelnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok! Engedjék meg, hogy tisztelettel köszöntsem önöket, és valamennyi jelenlévőt.

Szeretnék röviden a 2011-es E. Alap helyzetéről és lassan véglegesedő számáról beszámolni. Szeretném a 2012 I. negyedévi E. Alap helyzetét, legalábbis főszámaiban bemutatni, és megragadom az alkalmat, hogy az OEP-ről is egy rövid tájékoztatót adjak,

hiszen törekszünk arra, hogy önök is megismerjék azt a belső munkát, amiben dolgozunk, és ebben a segítségünkre legyenek a további feladataink ellátásában.

Kezdem azzal, hogy gyakorlatilag a társadalombiztosításról szóló törvény 2012. január 1-jei módosítása egyértelműen rögzítette azokat az alapelveket, ami a társadalombiztosítás megerősítését jelentette, nevezetesen a társadalmi kockázatközösség, a társadalmi szolidaritás, a jövedelemarányosság és a kötelező szolidaritási elv rendszerét.

Ez azért is fontos, hogy ebben az új módosításban gyakorlatilag megteremtette az alaptörvénnyel való kapcsolatot is, hiszen törvényi szinten fogalmazódtak meg a társadalombiztosítás alapelveinek a kiterjesztése és úgymond magyarázata, hogyan is van ez jogszabályi szinten.

Ezt azért tartottam fontosnak, hogy végső soron maga a társadalombiztosítási rendszer stabil és egyértelmű Magyarországon, és ez rögzítésre is került.

Az Egészségbiztosítási Alap kezelésében az OEP rendelkezik felhatalmazással és jogosítvánnyal, önök előtt is ismert módon. Kezdem egy általános dologgal, amit az elmúlt évben is elmondtunk, hogy hogyan is alakul a biztosítottak és jogosultak száma. Ez mindig egy fontos információ saját magunk számára is, és valamennyi ember számára, hogy hány ember az, aki ma Magyarországon úgymond biztosítási jogviszonnal rendelkezik, tehát valamilyen módon járulékot vagy egyéb adót fizetve, de részt vesz ebből a kockázatközösségből befizetés révén, vagy pedig jogosultként igénybe veszi a szolgáltatásokat, akár pénzbeli, de elsősorban természetbeni szolgáltatásokat.

Ahogy önökhöz is eljuttattuk a kis kék könyvünket, amit igyekeztünk ugyanabban a formában, ahogy az elmúlt évben megjelentetni, jól látszik, hogy ma Magyarországon és ez a szám azt mondhatom, hogy az első negyedévben is fixen kifejezhető, tehát 3 millió 893 ezer fő az, aki biztosított és biztosítás révén akár a munkaadója, akár pedig önmaga járulékot, adót fizet, és 9 millió 617 ezer az a fő, aki jogosult. Természetesen a jogosultak körébe tartoznak a nyugdíjasok, a kiskorúak, felsőfokú iskolai végzettségűek, ezeket részletesen most nem ismertetném, az elmúlt alkalommal elmondtam, talán a nyugdíjasok száma 2,7 millió fő, aki a mi nyilvántartásaink szerint mint nyugdíjas veszi igénybe az Egészségügyi Alapból a különböző szolgáltatásokat.

Azért fontos ennek a megjelenítése, hogy magának az államnak a szerepvállalásába hogyan játszik bele és milyen intézkedéseket kell hoznia, amikor az állami költségvetés tervezését végzi, hogy az úgynevezett teljes jogosulti létszám az Egészségbiztosítási Alapból részesedjen, és a megfelelő ellátásokat, akár pénzbeli, akár pedig természetbeni ellátásokat meg tudja kapni.

Szeretném a 2011. évben elmondani a főbb számokat. A belső struktúráját egy kicsit elemezni. Azzal együtt, hogy a zárszámadás még képlékeny egy nagyon picit, mi magunk természetesen a legutolsó számmal dolgozunk, de ez nem változtat a lényegen, és mindig az aktuális számok önök előtt is ismertek, akár a MÁK, akár az NGM, akár pedig a mi honlapunkon ez rendelkezésre áll.

A 2011. évet az Egészségbiztosítási Alap úgymond stabilan zárta. Az eredeti előirányzathoz képest, ami mínusz 87 milliárd, tehát egy 87 milliárdos hiánnyal volt tervezve, 83 milliárddal zárta le. Természetesen az év közbeni ingadozások minden esetben mind a bevételi, mind pedig a kiadási oldalon megjelennek. Ezek ugyanígy látszódnak a 2012-es költségvetési számok alakulásában is.

Maguk a járulékbefvételek és hozzájárulások 49,3 százalékot jelentenek, a központi költségvetés 47 százalékban járult hozzá az E. Alap költségvetéséhez, és az úgynevezett egyéb tételek, ami megközelítőleg 4 százalékos arányt képviselnek. Ebben a vonatkozásban a járulékbefvételek teljesültek teljes mértékben, a központi költségvetés természetesen száz százalékon áll, hiszen ez egy kiegészítési és állandó havi utalási tematikát jelent. Az úgynevezett egyéb bevételekben, mind az eredeti, mind pedig a módosított előirányzat

túlteljesítésre került, ennek önök által is ismert módon, hiszen erről sokszor beszéltünk és sokszor foglalkoztunk az elmúlt évben, mind pedig ennek az évnek az elején a gyógyszerkérdéssel, és a gyógyszergyártói befizetéseknek az úgynevezett túlfizetésével van összefüggésben. Egyrészt változott a befizetési technika, olyan értelemben, hogy emelkedett a befizetési kötelezettség, tehát megváltoztak azok a feltételek, mint amelyek a tervezési időszakban jelen voltak. Másrészt pedig egyértelművé vált, hogy amennyivel megtörténik a gyógyszerkassza túlköltése, annyival az úgynevezett befizetési kötelezettség is természetesen emelkedik. Tehát e két hatás összefüggésével is magyarázható.

A gyógyszergyártók és -forgalmazók befizetései azt mondhatjuk, hogy az év második felében stabilan beálltak arra a szintre, amit mi a tervszámainkban és az úgynevezett módosítási javaslatainkban terveztünk és gondoltunk. Ilyen módon a bevétel gyakorlatilag az eredeti előirányzathoz képest 2,3 százalékkal, illetve a módosított előirányzathoz képest 1,4 százalékkal túlteljesült.

A kiadási oldalt szeretném röviden áttekinteni. Az eredeti előirányzatunk itt az 1458 milliárdos tétel volt, ami természetesen menet közben a különböző módosításokkal – mi magunk is hajtottunk végre módosítást – változott 1516,5 milliárdra. A kiadásokon belül az egészségbiztosítási pénzbeli ellátások alulteljesültek, a természetbeni ellátások pedig túlteljesültek. A pénzbeli ellátáson belül változatlanul a táppénz, a terhességi gyermekágyi segély és a gyermekgondozási díj az, amelyik egy tendenciájában csökkenő összeget képvisel, és az eredeti előirányzat, amely a táppénz vonatkozásában például 86 milliárd volt, itt jogszabályi módosításokra is sor került, hiszen félévtől, július 1-jétől és még az év első felében is módosult a pénzbeli ellátáshoz kapcsolódó szabályozás, így a kiáramlás is logikusan ennek megfelelően módosult és csökkent.

Az világosan látszik, hogy a tervszámokhoz képest is a táppénz arányában egy csökkenő tendenciát mutat.

A természetbeni ellátásokon belül két nagy csoport van, a gyógyító-megelőző ellátások, itt természetesen a szakellátást és az alapellátást emelem ki, illetve a gyógyszer, a gyógyászati segédeszköz és az ahhoz kapcsolódó egyéb ellátások. A gyógyító-megelőző ellátásokon gyakorlatilag egy 4,8 százalékos emelkedést mutattunk ki, erre vonatkozólag azért szeretnék néhány dolgot önökkel ismertetni. Mi magunk is készülünk beszámolóval, és ebből szeretném önöknek ezt elmondani.

Nem fogom bő lére engedni, különös tekintettel arra, hogy viszonylag szűk a rendelkezésemre álló idő.

Tehát a betegszállítás és a mentésre vonatkozóan két esetben történt finanszírozási összeg juttatása, mindkét esetben gyakorlatilag az üzemanyagárak kompenzációja vagy részbeni kompenzációja történt meg.

Gyakorlatilag a fekvőbeteg-szakellátást illetően év végén eseti kereset-kiegészítésre került sor 5,6 milliárd forint értékben, ez gyakorlatilag egy illetménypótléknak megfelelő kereset-kiegészítés volt, amit a fekvőbeteg-szakellátásban résztvevők kaptak meg. Mi magunk természetesen ilyen módon ennek a végrehajtási feladataiban vettünk részt.

A fogászati ellátásban, az otthoni szakápolásban, az otthoni hospice ellátásban, a háziorvosi ellátásban és a laboratóriumi ellátásban történt három hónapról két hónapra úgymond a finanszírozásnak a csökkentése. Ez végső soron egyfajta előrelépés, hiszen egy hónappal, úgymond egy adott hónappal több kerül abban az időszakban a rendszerben és az ellátó területnek a rendelkezésére.

Maga a finanszírozási technika a járó- és a fekvőbeteg-szakellátásban márciusban változott, bizonyos degresszió került bevezetésre, de ez gyakorlatilag plusz kiáramlást nem okozott.

Az alapellátást illetően szeretném önöknek elmondani, önök előtt is ismert az 1,4-1,5 milliárdos úgynevezett eszköztámogatási rendszer működtetése, amely gyakorlatilag

november hónapban indult és az OEP szervezésében és végrehajtásában történik. Ez 1,5 millió forintot lehet igényelni, amit gyakorlatilag 50 ezer forintként juttatunk el a házi orvosokhoz. A legutolsó számokat szeretném azért önöknek elmondani, hogy hányan vették igénybe gyakorlatilag, az összeg nem kérdés. Tehát a házi orvosok közül 4123 fő vette igénybe, fogorvosok 1603 fő, a házi orvosi ügyelet közül 71 egység vette igénybe, és az iskolaorvosok közül 14-en igényelték. Tehát így 5811 fő, aki úgymond ezt az eszköztámogatási igényt benyújtotta hozzánk, és elkezdődött ezeknek a havi összegeknek a leutalása. Természetesen május 31-ig lehet benyújtani erre a támogatási formára az igényt, ez hamarosan lejár. Az azért látszik, hogy az érintett körnek a 85 százaléka igénybe vette ezt az ellátást, tehát ahogy államtitkár úr is mondta, megítélésünk szerint minimális lesz ebből az a rendelkezésre álló összeg, amit úgymond esetleg másra lehet fordítani.

A gondozóintézeti ellátásban gyakorlatilag a történéseink annyi, hogy áttértünk egy ilyen homogén gondozói kódok létrehozásával egy teljesítményalapú finanszírozás bevezetése felé. Mi magunk ezt a fix összeget próbáltuk egyértelműen egy teljesítmény-elszámolási technikában megjeleníteni.

Természetesen az év végén rendelkezésünkre állt az adósságkonszolidációra egy összeg. Ez a mindenki által jól ismert 27 milliárdos nagyságrend, ami szintén megjelenik a gyógyító-megelőző kasszának ebbéli működésében.

Gyakorlatilag a gyógyító-megelőző ellátásnak a növekedését vagy azt mondhatom, hogy a szolgáltatóknak a teljesítményének a növekedésére az elszámolható pénzösszeg az az eseti kereset-kiegészítés, ami rendelkezésre állt. Rendelkezésre állt egy pénzmaradvány, ami 21 milliárd közeli nagyságrendű, és rendelkezésre állt az az adósságkonszolidációra év végén rendelkezésünkre bocsátott és az NGM által is elismert adósságállomány csökkentésére fordítható 27 milliárdos nagyságrend.

A házi orvosi ellátásról már korábban beszéltem, az ott lehetőség szerint rendelkezésre álló összegről.

A második nagy területünk a természetbeni ellátásokon belül a gyógyszer-támogatási kiadások kérdésköre. A gyógyszer-támogatási rendszerben mi magunk is amellet érveltünk és 2010 év vége óta képviseljük, hogy ezt a gyógyszer-támogatási kasszát célszerű átstrukturálni. Mindenképpen célszerű azokat a folyamatokat megállítani, amelyek egyértelműen látszottak a 2010-től visszamenőlegesen leelemzett időszakban, hogy olyan mérvű a támogatás-kiáramlás és hazánkban olyan a szabályozási módszer és rend, hogy azt mindenképpen célszerű átstrukturálni, mindenképpen célszerű egy olyan alapvető elvrendszerében megváltoztatni, ami sokkal inkább próbálja szolgálni, és sokkal inkább kiszolgálja a betegellátást, a betegérdeket érvényre juttatja. Én magam ezt nagyon fontos részének tartom és munkatársaimmal minden egyes fórumon ezt próbáljuk képviselni, hogy úgy kell működnie ennek a kasszának és ennek a gyógyszerpiacnak, hogy abban elsődleges szempont a betegnek a gyógyítása és a betegellátás érdekképviselete legyen.

Ehhez szorosan kapcsolódik az az alapelv, amit önök is jól ismernek, hogy az E. Alap az állami költségvetés része, az egyik fejezete, tehát azok az állami költségvetési kondíciók és azok az intézkedések, amelyek az állami költségvetést érintik, azok egyértelműen az E. Alapot is érintik. Ilyen módon mind a tervezés, mind a teljesítés, mind az évközi változások során ehhez való alkalmazkodásunk törvényi szinten szabályozott, és mi, mint ennek a végrehajtói, egyértelműen csak a realizálásban veszünk részt, és nagyon komolyan vesszük a döntés-előkészítést. Hiszen úgy gondoljuk, hogy az OEP-ben megvan az a szellemi tőke, mind a természetbeni ellátás, mind pedig a gyógyszerkassza vonatkozásában, amivel tudjuk magát a jogszabályalkotót segíteni, hogy a legmegfelelőbbben tudjanak legalábbis a miáltalunk elképzelték is érvényre jutni, és természetesen azokat a szakmapolitikai érdekeket pedig maga a minisztérium és az államtitkárság tudja hozzátenni, hiszen mi ebben jóval kevésbé veszünk részt.

A gyógyszer-támogatási rendszert illetően a Széll Kálmán terv hatása, az intézkedései és annak a végrehajtása már a 2011. évben is éreztette hatását, hiszen azok a pontok, amelyeket megalkottunk, gyakorlatilag a Széll Kálmán tervnek a gyógyszerkasszára vonatkozó végrehajtási intézkedéseiből, azok közül 9 pont, amelyik folyamatosan jogszabályi szinten megjelent, és azok természetesen a végrehajtásban és maga a kassa akár belső struktúrájában, akár pedig a kassa gyógyszerkiáramlásban korrekciót és változtatást okoztak.

Egy pillanat erejéig mégiscsak kiemelném a generikus programot. Azért tartjuk mi magunk ezt fontosnak, hogy a generikus gyógyszerek önk előtt is ismert módon, tehát abban a szakaszban lépnek be a finanszírozásnak úgymond a versenyszférájába, amikor már lejár a szabadalmuk, így egy bizonyos hatóanyag vagy egy bizonyos gyógyszer tekintetében – de beszéljünk inkább hatóanyagról – több készítmény is rendelkezésre áll.

Nagyon támogattuk és ma is támogatjuk, hogy ebben a generikus programban, ami egy úgymond általunk nagyon nem kedvelt, de mindenki által vaklicitnek nevezett módszernek a kiemeléséről mégiscsak beszéljünk. Teszem ezt azért, és foglalkozom ezzel azért, mert fontosnak tartom, hogy ezt a piacot, ahol leginkább meg tud jelenni a verseny, hiszen ezt értjük, mert itt van a több termék, tehát hogy ezen a piacon igenis, jelenjen meg egy valós verseny. Ezzel a módszerrel, amiben gyakorlatilag úgymond az ajánlatot és a pályázatot egy adott időpontra kell beadni valamennyi cégnek, így az egymás közötti verseny sokkal élesebben tud megjelenni és kirajzolódni. Ezt mi a magunk elvrendszerében fontosnak tartottuk, azzal együtt természetesen, hogy ez a verseny mindenképpen szolgálja az ellátás biztonságát is, tehát alakuljon ki olyan helyzet, hogy ebben az úgynevezett ársávban legyen minél több termék, ami rendelkezésünkre áll.

Az idő gyakorlatilag azt igazolta, hogy két alkalommal hajtottunk végre úgynevezett ilyen vaklicitet és a generikus programon belül, a tavalyi évben, amely október 1-jével indult, illetve most év elején, amelyik április 1-jével indult. Körülbelül 2 ezer gyógyszert érint a vaklicit, ebből ma már a számaink egyértelműen igazolják, hogy ebből a kassarészből a két vaklicit eredménye egy 20 százalékos csökkenést jelent, természetesen támogatás-kiáramlás csökkenést, és bizonyos vonatkozásban térítésidő-csökkenést is. Azt is hozzá kell tenni természetesen a képhez, hogy vannak olyan gyógyszerek - hiszen tudjuk, hogy ez egy sávot képez -, amelyeknek viszont pontosan maga a támogatása fix maradt, és így a térítési díja esetenként növekedett. Ezt mi magunk végig tudtuk és természetesen látjuk a rendszerben. Pontosán ezért is képviseltük azt, hogy nagyon szoros együttműködésre van szükség a szakmával, a háziorvosokkal is, és természetesen a szakorvosokkal is, hogy erre vonatkozóan „megnyerjük” a beteget, hogy amennyiben ez kezelhető, és a beteg is tudomásul veszi, akkor ennek a módszernek az alkalmazásában olcsóbban tudjon igénybe venni pontosan ugyanolyan hatóanyagú gyógyszert, mint amit korábban. Én magával a gyógyszerkasszával többet nem foglalkoznék.

Azt gondolom, hogy azok a lépések, amelyeket elkezdtünk, tovább fognak folytatódni, hiszen a Széll Kálmán terv lépései is 2012-t és 2013-at érintették. Mi magunk is úgy látjuk, hogy ezeket a strukturális módosításokat sok tekintetben vagy több tekintetben meg kell tenni, ugyanakkor a költségvetési kondíciókat pedig figyelembe kell vennünk, és ahhoz kell olyan döntés-előkészítő anyagokat készítenünk, amelyek akár a 2012-es, akár a 2013-as költségvetésnek a betartását szolgálják.

A 2011. évre vonatkozólag tehát a főösszegünk 83,5 milliárdos úgymond deficittel zárult, ezzel elmondható, hogy az E. Alap kezelése stabilan és biztonsággal, működőképesen megtörtént.

A 2012. évre vonatkozólag remélem, a táblákat el tudták juttatni a kollégáim önkökhöz, én magam is mindjárt előveszem és egy kicsit jobb helyzetben leszek. A 2012. év I-III. hónapjainak főszámaiból szeretnék egy rövid képet adni, megjegyezve azt, hogy a 2012. évi költségvetés tervezése során is már végrehajtott egy átstrukturálás, amit mindnyájan

ismerünk, hogy bizonyos feladatok finanszírozása legalábbis technikai mivoltában átkerült az E. Alapba. Új adónemek kerültek bevezetésre, és magában a meglévőkben is változás történt.

Ilyen módon az előző közel 1400 milliárdos E. Alap főösszeghez képest 1700 milliárdra változott 2012. évben az eredeti költségvetési előirányzatunk, pontosan azért, mert magára a rokkantsági és rehabilitációs ellátásra vonatkozólag átkerültek bizonyos feladatok. Ez abból a törvényi szabályozásból adódott, ami maga a Nyugdíjbiztosítási Alap funkcióját tisztázta, és gyakorlatilag a nyugdíjasoknak a bizonyos ellátását egyértelműen a Nyugdíjbiztosítási Alaphoz rendelte, és azon kívüli rokkantellátásokat és rehabilitációs ellátásokat pedig az E. Alaphoz rendelte.

Természetesen ez egy technikai kezeléstechnikát jelent nekünk, tehát ugyanúgy a nyugdíjbiztosító foglalkozik a rokkantellátással és a rehabilitációs ellátás folyósításával, megállapításával, és maga a szociális tárca, de az alap szintjén az E. Alap költségvetésébe került fix összegként, aminek a működését felügyeljük az NGM-mel közösen, és bizonyos részt az állami költségvetés, bizonyos részt pedig a Nyugdíjalap ad át. Tehát ennek az átkerülése eleve szabályozottan történik, hiszen a jogszabályban le is rendezik, tehát ez gyakorlatilag száz százalékban finanszírozásra kerül számunkra.

Az új adónemekről néhány gondolatot. A baleseti adó és a népegészségügyi termékadó bevezetésre került. E két adónem általunk is ismert módon betervezésre került, maga a jogszabályi kötelezettségünk is természetesen erre megteremtődött.

A járulékok vonatkozásában a szociális hozzájárulási adónak megtörtént az úgynevezett bevezetése. A szociális hozzájárulási adónak a 7,41 százaléka az, ami az E. Alap bevételi oldalát gyarapítja, illetve ennyi százaléka kerül az E. Alapba. Az egészségbiztosítási járulék 1 százalékponttal emelkedett január 1-jétől, és gyakorlatilag az egészségügyi szolgáltatási járulék, ez az úgynevezett 5100 forintos havi összeg, ez pedig 6390 forintra emelkedett. Ez az a hozzájárulás, amivel lehet a munkáltatókon és a biztosítottakon kívül úgymond jogosultságot szerezni, ezzel a havi összegnek a befizetésével az egészségügyi, illetve a természetbeni ellátásokra.

Ha az első három hónapot tekintjük, az végső soron jól látszik, hogy az első, valamilyen információt adó következtetés ez az első időpont, amikor megtehető, hiszen maga a technikából adódóan is a január 1-jén bevezetett adók természetesen majd a februári információkban jelennek meg, tehát ilyen módon az első olyan alkalom, amikor erről beszélhetünk.

A bevételi oldalon az előirányzathoz képest egy 4 milliárdos túlteljesítésben van az E. Alap, a kiadási oldalon pedig egy 8 milliárdos úgymond kiadási megtakarítással rendelkezik. E kettőnek az együttes hatásaként gyakorlatilag az egyenlegünk 2,781 milliárdos úgynevezett pluszt mutat, de jól érzékelhető, hogy ez egy adott időponti helyzetkép, ami természetesen folyamatosan változni fog, akár már sokkal pontosabb lesz az első félév számai tükrében.

A bevételi oldalon látjuk, hogy a járulékbevételek és hozzájárulások az előirányzattól elmaradnak, a költségvetési hozzájárulás természetesen megfelelő, 100 százalékon áll, az egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos úgynevezett egyéb bevételek szintén jelentős túlteljesítésben vannak. Gyakorlatilag az időbeliségben azért az egy jelentős rész, hogy bizonyos járulékok, béren kívüli juttatások azért kampányszerűen érkeznek a rendszerbe, tehát negyedévente, félévente kerülnek úgymond befizetésre, és ennek következtében így kerülnek jóváírásra a mi számláinkon és a mi nyilvántartásunkban is.

Az egyéb bevételek között a gyógyszergyártói kifizetések változatlanul túlteljesítésben vannak. Ahogy az elmúlt évben is elmondtam önöknek és tájékoztattam önöket, hogy vannak az úgynevezett támogatásvolumen-szerződésekből adódóan az úgynevezett visszafizetések, azok évente egyszer, márciusban realizálódnak. Tehát ezek jelentős részben azért azzal magyarázhatók, és azért az is megjegyzendő, hogy az év első két és talán még azt

mondhatom, hogy harmadik hónapjában is a támogatáskiáramlás csökkenése még csak kis mértékben volt tapasztalható, tehát még az előző évi tendenciák gyakorlatilag folytatódtak. Most látjuk ennek az eredményét, de ezt majd el fogom mondani, amikor a gyógyszerkasszához érek.

Összességében gyakorlatilag azt is fontos még elmondanom, hogy a baleseti adó és a népegészségügyi adó úgymond a bevételi oldalon megjelent, január hónapban ez az adat még természetesen nem állt rendelkezésünkre, de most már folyamatosan úgymond mi magunk is látjuk, és természetesen a megfelelő döntéshozók, hogy ebből mekkora az a nagyságrend, ami a bevételi oldalunkon meg tud jelenni.

A kiadásainkban, a pénzbeli ellátásokban változatlan a tendencia, hogy megtakarítás van. A táppénz-előirányzat, mint ahogyan tudjuk, egy nyitott kassa, így az előző évi úgymond tényleges teljesítésnél magasabb összegben lett terveztként megállapítva, pontosan azért, hogy egy mozgástér-lehetőséget teremtsen. Azt ma is világosan látjuk, hogy az I-III. hónap teljesítése az előirányzatunkhoz képest egy 4 milliárddal kedvezőbb, tehát a táppénz-kiáramlásunk a tervezetthez képest kedvezőbb, aminek részben a jogszabályok módosítása is az oka.

A pénzbeli ellátás tendenciája tehát tartja az elmúlt év időszakának a tendenciáját. A természetbeni ellátásokon belül és a természetbeni ellátásokat illetően egy 3 milliárdos megtakarításunk mutatkozik a főösszeget illetően az eredeti előirányzathoz képest. A gyógyító-megelőző ellátást és a gyógyszerkasszát szintén egy kicsit kiemelem.

A gyógyító-megelőző ellátást illetően végső soron az előző évi finanszírozás halad tovább, tehát ebben ilyen módon változás ez alatt a három hónap alatt nem történt. Ami a plusznak a megjelenése, azt rögtön el fogom mondani. Egyrészt van változatlanul egy miniszteri keret, ami elenyésző, de mégiscsak úgymond a rendszerben van, és annak az időarányos felhasználása nem történt meg, és ezen a kasszán jelenik meg az a 15 milliárdos úgynevezett népegészségügyi termékadó, ami még a tervezés folyamán úgymond a kiadási oldalon megjelent az előirányzataink között. Tehát mint ellentételezése a termékadónak a bevételi oldalt illetően a kiadási oldalon. Tehát ez a 15 milliárd úgymond stabilan rendelkezésünkre áll azon a részen.

A gyógyszer-támogatási rendszert illetően az első három hónap elég hektikus időszakot élt meg, hiszen a tételes finanszírozású gyógyszerek folyamatosan kerültek át, a gyógyító-megelőző ellátásban folytatódott az előző év egy bizonyos része, ami a január 1-jei tételes finanszírozást jelentette. Egy jelentős rész, az úgynevezett biológiai terápiás készítmények február 1-jével léptek a rendszerbe, és egy úgynevezett harmadik blokk, ami szintén elsősorban onkológiai készítményeket tartalmaz, az pedig március 1-jével. Ez meg is határozta magának a kasszának a kiáramlását, hiszen addig járóbetegként vették igénybe a betegek. Ilyen módon tudtuk biztosítani zökkenőmentesen az ellátást, és ma már azt mondhatjuk ezen a napon, hogy összeállt úgymond a tételes finanszírozású nagy értékű, kiemelt gyógyszerek köre, amely már mind a gyógyító-megelőző ellátásból finanszírozódik, és ettől úgymond tisztábbá vált a gyógyszerkassza.

Az április havi adatok természetesen ebben nem szerepelnek, de heti bontásban elemezzük a gyógyszerkassza kiáramlását, és április hónapról elmondható, hogy egy heti 5 milliárdos kiáramlás állt be úgy tűnik, ami havi szinten gyakorlatilag egy 20 milliárdos gyógyszerkassza-teljesítést jelent, a megelőző időszak 30, esetenként még 33 milliárdos kassza-felhasználásával szemben is.

Ennek természetesen a strukturális összetevőit végigvezetve, ez sok intézkedés hatásaként jelent meg, de az jól látszik, hogy rendszerben felépített volt magának a gyógyszerkasszának az intézkedéssorozata, és annak a működéséhez valóban időre van szükség, de amikortól úgymond a működőképesség teljes körűen megteremtődik, és az intézkedések hatása megjelenik, akkor gyakorlatilag az intézkedések hatása azt az eredményt

hozza, amit úgy mond mi magunk elvártunk. Egyrészt egy strukturális megújítás és mindenképpen egyfajta belső strukturális átcsoportosítás a kasszán belül, másrészt pedig a költségvetési elvárásoknak mindenképpen a teljesítése.

Talán még a gyógyászati segédeszközről beszélnek még néhány mondattal. A tavalyi év folyamán elkezdődött ennek a területnek az elemzése, egyrészt a jogszabályok feltérképezése, másrészt maga a rendelkezésre álló és kiáramlott összegnek a vizsgálata, elemzése. Az világosan látszik, hogy a gyógyászati segédeszköz-támogatási rendszer felülvizsgálatra szorul, és ennek lépései folyamatosan történnek, és természetesen az államtitkárság irányításával, hiszen maga a jogszabályalkotás is és a jogszabályok módosításának az előkészítése ott történik. De az látszik, hogy a gyógyászati segédeszköz-támogatásban nagyobb összegű a kiáramlás, mint ami a rendelkezésünkre álló összeg. Mi magunk is nagyon törekszünk az ellenőrzések szigorítására, az ellenőrzések gyakoriságának a növelésére, különös tekintettel arra, hogy úgy látjuk, hogy a gyógyászati segédeszköz-ellátási rendszer szabályozása hiányos, ami esetenként lehetőséget biztosít olyan eljárásokra, ami nem legális, és mi magunk is nehezen szembesülünk azokkal a fiktív kiáramlásokkal, amit mindenképpen úgy tartunk fontosnak és kiemelten fontosnak, hogy a magunk eszközeivel is próbáljuk megakadályozni. Erre vonatkozik az ellenőrzés, és természetesen az államtitkárság részére folyamatosan és állandóan adatot szolgáltatunk, döntés-előkészítő munkaanyagot juttatunk, hogy hogyan tudjuk mi elképzelni egy jövő gyógyászati segédeszköz-támogatási rendszerét.

Gyakorlatilag fontosnak tartanám még a tételes finanszírozáshoz kapcsolódóan elmondani, hogy megindítottuk egy ilyen betegjelentő rendszer működését. Mi magunk ezt egy jövőbeni betegregiszter-rendszernek az előfutáraként tekintjük, és fontosnak tartjuk, hogy azokon a finanszírozási szempontokon kívül, amelyek a pontos finanszírozást jelentik és a pontos kiáramlást segítik elő, azért bizonyos szakmai szempontok is megjelenjenek, és ezeket a szakmai szempontokat végig tudjuk vinni a rendszeren.

A 2012-es E. Alap I-III. havi alakulására vonatkozólag összességében megállapítható, hogy gyakorlatilag stabilan működik. A belső ellentmondásait pedig az év folyamán megfelelő jogszabályi módosításokkal korrigálni kell és lehet.

A harmadik pontban igyekszem az OEP-ről keveset mondani, bár azt gondolom, erről szeretnék önöknek a legtöbbet. A mi feladatunk egyértelműen jogszabályokban meghatározott, egy végrehajtói funkció, de nagyon törekszem és törekszünk arra, hogy egy stabil szervezet legyen, egy stabil vezetés, egyértelmű és határozott álláspontunk a különböző kérdésekben, és ezt meg is tudjuk fogalmazni, és ezt kifelé is tudjuk úgy mond közvetíteni. Ez különösen fontos, hiszen a pénzügyi finanszírozó az OEP, ezért azt gondolom, hogy meg is jelentettük ezt a stabil vezetést. Mondhatom a vezetőtársaim és munkatársaim nevében is, hogy egy ilyen átalakuló helyzetben úgy mond egy felmozdult és azért nagyon sok nehézséggel terhelt ellátórendszerben, de talán mondhatom az ellátórendszert is, de mondhatom a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz részt is, nagyon fontosnak tartom, hogy magának a finanszírozónak a működésében legyen egy biztonság, egy stabilitás, egy egyértelműség, ami jelenthet mégiscsak egy biztonságot az ellátórendszer többi szereplőjének a szemében és tekintetében is.

A 2011. évben mi magunk többször átszerveztük az OEP-et, törekedtünk arra, hogy rugalmasabb legyen, törekedtünk arra, hogy jobban igazodjunk a feladatokhoz, és a személyekben is olyan változásokat igyekeztünk hozni, hogy a szakemberekben legyen egy megújulás az új dolgoknak a befogadására is, és ki tudják szolgálni azt a felgyorsult igényt, ami megjelenik a mi területünkre vonatkozóan. Hiszen ahogyan említettem, a döntés-előkészítés folyamatban az adatszolgáltatás, egyáltalán az elemzések elkészítése egyfajta nagyon kiváló szakszerűséget kíván, hiszen ha most kiemelem a gyógyszert, nagy a tét ilyen értelemben, innen indul az első fázis. Tehát azt mondhatom, hogy nekünk tévedni nem

szabad, és azért én teljes biztonsággal elmondhatom önöknek, hogy ebben a vonatkozásban stabilan és nagyon szakszerűen végezzük a dolgunkat.

Fontos még beszélnem az informatikai fejlesztéseinkről. Ahogyan államtitkár úr is jelezte, komoly informatikai változtatásokra készülünk. Informatikai stratégiát alkottunk, átszerveztük az informatikai szakterületet, sok nehézségünk van természetesen. Már maga a szétaprózott, bonyolult és nagyon sok szereplőjű informatikai rendszereket illetően. Azért sok eredményünk van, hiszen március 1-jével már mindenki E-jelentés formájában adja a jelentését az OEP felé, mi ezt nagyon fontosnak tartjuk.

Az úgynevezett web-alapú információs szolgáltatás, ami az interaktív web-alapú információs szolgáltatás egyre kiterjesztettebb, és ezt szeretnénk a közeljövőben is erősíteni és ez irányba elmenni, hiszen a közvetlen szolgáltatói ellátórendszerbeli kapcsolatnak egyrészt a gyorsasága, az adat minősége, ellenőrizhetősége sokkal jobban biztosított.

Az informatikai területen gyakorlatilag egy EKOP-os programban részt veszünk, ez egy 2,8 milliárdos nagyságrendű EU-s pályázati lehetőséget teremt, amin mi az elmúlt évben és az év elején teljes mértékben dolgoztunk, és ez olyan új alapokra helyezi az egész OEP-es információs bázist, adatbázist, adattárházat, hogy az a jövőt illetően is ezt a biztonságot megerősíti, illetve teljes körűen kialakítja. Körülbelül ez a pontosabb megfogalmazása. Egy teljes, egységes hardvert szeretnénk és hardvert kezelő szoftvereket ezen elsősorban beszerezni és ahhoz olyan moduláris lehetőséget teremteni, ami a szakterületeknek a biztonságát egyértelműen fokozza és meg is teremti.

Ehhez kapcsolódik még egy momentum, ez pedig az E-recept kérdése. 2012 január végén döntés született a minisztérium államtitkárságán, hogy az E-recept előkészítése az OEP bázisán fog megtörténni. Ilyen módon a projektgazda ezen időponttól az OEP lett, természetesen a szakterületeknek a kapcsolódási pontjával. Ebben a munkában ma ott tartunk, és erről is nagyon pozitívan tudok beszámolni, hogy a jelen időpontban gyakorlatilag az előzetes megvalósíthatósági tanulmány elkészült. Az OEP látja is, hogy hogyan lehet ezt kivitelezni fő alapelveiben. Ezt a koncepciót az államtitkárság részére eljuttattuk. Többször egyeztetünk államtitkár úrékkal és a társintézetekkel, aminek az eredményeképpen gyakorlatilag az E-recept része tud lenni ennek a projektnek.

A gyakorlati részét illetően, ami a szakmai egyeztetések, azok az elkövetkező időben fognak megtörténni, de magának a pályázatnak úgymond az elindulását ez ilyen értelemben nem akadályozza, mert azok az egyeztetések lefolyhatnak, amit mi magunk is kérdésként tettünk fel a szakmapolitikát képviselő államtitkárság felé arra vonatkozóan. Csak egy példát emelek ki, hogy mondjuk ki férhet hozzá minden információhoz, minden adathoz. Tehát ezt a kérdést például feltesszük. Vagy ki válthatja ki a gyógyszert? Mert ezzel az E-recepttel ezek a kérdések ilyen módon felmerülnek. Természetesen a lényegi és úgymond pályázati, koncepcionális része egyértelműen összeállt, és maga a pályázat el tud indulni, és a további munkálatokat pedig folyamatosan végezzük.

Én ezt ilyen módon, azzal együtt, hogy január végén kaptuk ezt a feladatot, reményteljesnek és kivitelezhetőnek tartom.

Szeretném megköszönni a figyelmüket, és azt is, hogy lehetőséget kaptunk, hogy egyrészt számot adjunk az E. Alap helyzetéről, másrészt pedig hogy önmagunkról is egy kicsit beszéljünk. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, főigazgató asszony. Megnyitnám a bizottság tagjai előtt a diskussziót. Alelnök úr!

Kérdések, hozzászólások

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót. Kedves Főigazgató Asszony! Azt hiszem, hogy ez a beszámoló nagyon alapos és kimerítő volt, és mint egy olyan

szerv vezetője, akinek végre kell hajtani a felette álló szakmapolitikai elképzeléseket, úgy gondolom, hogy jó munkát végeztek. Nagyon örülnénk, ha a végrehajtásba más, szebb és még bővebben finanszírozott feladatot is kapnának, gondolom, azt is ugyanolyan jól végrehajtanák.

Lenne négy kérdésem. Rögton az utolsóval kezdem, amit ön mondott, az E-recepttel kapcsolatosan. Azt szeretném kérni a bizottságtól is meg öntől is, hogy ha nem lesz akadálya, hogy a majd pályázatban elfogadott verzióról, hogy hogyan fog ez működni, nagyon szeretném, ha a bizottság kapna akkor öntől vagy a munkatársaitól egy olyan tájékoztatást, hogyan megy, mert gondolom, rettentő sok rész kérdés forog itt mindenki fejében, de nincs értelme most vele foglalkozni, hiszen azt se tudjuk, hogy milyen megoldás lesz.

Bár államtitkár úr jelzése szerint valószínűleg a skandináv módszert fogják alkalmazni, mert ott is, Skandináviában, Svédországban az E-recept egy évek óta működő rendszer.

Ennyi volt az első rövid kérdésem.

A másik eléggé gyakorlati és konkrét kérdésem lenne, azt szeretném megtudni, hogy az a plusz 10 milliárd forint, amit államtitkár úr jelzett itt is, a mai beszámolójában, ez honnan jött? Ez külső pénzt vagy az E. Alapból származó összeg ez a 10 milliárd? Ez nagyon fontos, mert az alapellátási összeget nézve, ami tudjuk, hogy 2004-től vagy emberemlékezet óta a kártyapénz ugyanazon a szinten áll, én úgy számoltam, de lehet, hogy rossz a számításom, hogy ha a 2011-re elfogadott költségvetésből kártyapénz-forint értéket csinálunk, akkor most olyan 190 forintnál kellene tartani, ehhez képest ott tart a kártyapénz, ahol tart, tehát nem sokat változott. Ezért támadt az emberben egy olyan furcsa érzés, hogy akkor most az a plusz 10 milliárd az alapellátásba betervezett összeg rovására vagy külső forrásból jött? De lehet, hogy erre egy nagyon egyszerű választ lehet adni. Ez az egyik, amit meg akartam kérdezni.

A másik pedig roppant fontos, rész kérdés ugyan, hogy ön említette volt, hogy a hatóanyag szerinti rendeléssel kapcsolatosan milyen vaklicitek, ilyen, olyan licitek és pályázatok lesznek. Sok esetben természetesen ez mehet, de speciálisan a különböző citosztatikumokat kapók, kemoterápiában részesülő betegek esetén mi lesz a helyzet? Azt jól tudhatja ön is, de vannak itt szakemberek is a körünkben, akik ebben jártasak, hogy egy beállított citosztatikus kezelést ezen az alapon megváltoztatni, hogy most használjon ugyanolyan hatóanyagú, de más gyógyszert, ez egyszerűen egy életveszélyes dolog, hiszen itt ki van minden dekázva, ezek nagyon erős mérgek, és egy ilyenfajta változtatás is a beteg állapotát és a beteg kezelhetőségét nagyon ronthatja.

Az utolsó kérdésem: az államosításból várható úgynevezett megtakarítások. Nagyon érdekelne engem, hogy ha lesznek egyáltalán ilyenek, ezek hogyan fognak kinézni az E. Alap költségvetésében? Hogy lesznek megtalálhatók, hogyan lehetnek az ígéret szerint átcsoportosíthatók, mert azt az ígéretet is kaptuk, hogy ha lesznek ilyen megspórolt pénzek, ezek nem kerülnek ki az egészségügyből, hanem ide vissza lesznek forgatva. Tehát ez valójában hogy fog kinézni? Mondjuk az OEP különböző utasításra azt a megspórolt összeget, tételezzük fel, hogy nem tudom, milyen jogcímen vagy melyik kiadási helyen megspórolnak iksz összeget, akkor azt mondja valaki, hogy ezt viszont tedd át oda és ott növeld, vagy csupán a megspórolt összegek az egyenleg javítását fogják szolgálni? Tehát senki nem kap egy fillérrel sem többet, hiszen negatív az egyenleg, és azt mondjuk, hogy akkor nem ennyi lesz, hanem mínusz valamennyi, tehát javulni fog az egyenleg.

Csak akkor egy picit az az ember érzése, hogy akkor ez a szöveg, hogy ez ott marad az egészségügyi kasszában, ez szép dolog, jó dolog, de a mínuszból nem nagyon lehet semmire sem költeni. Tehát félek tőle, hogy nem lesz hatása ennek a megspórolt pénznek. De lehet, hogy ezt is rosszul látom, de szeretném megtudni, hogy önök hogyan állnak ehhez hozzá. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Azt szeretném elmondani, bár a számok önmagukért beszélnek, hogy az egészségügy hullámzó tengerén az Egészségbiztosítási Pénztár egy stabil szikla volt az elmúlt időszakban. Ez nemcsak ebben mutatkozott meg, hanem abban is, hogy nekem többször kellett bent tárgyalnom az Egészségbiztosítási Pénztárban, és amellet, hogy ha megnézzük a teljesítéseket, ha a felhasználást megnézzük, ha a százalékos arányokat pontosítjuk magunkban, akkor én egy megváltozott, lényegesen betegcentrikusabb hangot tapasztaltam, mint az elmúlt időszak bármelyikében, ha a 2010 előtti időszakra visszamegyek.

Ami a konkrét számadatokat illeti, az egyértelműen tükrözi azt, hogy az Egészségbiztosítási Pénztár maximálisan követi azokat a kereteket, amely keretekben mozoghat, de ezen keretek között a legracionálisabb felhasználást próbálja megvalósítani. Éppen ezért azt kell mondanom, hogy mindannyiunk közös feladata, hogy a költségvetés meghatározott arányát biztosítani tudjuk az egészségbiztosítási kassa számára. Ez olyan jellegű politikai feladat, amelyik nekünk rendkívül fontos. Én nem vagyok borzasztó boldog - elnézést kérek - akkor, ha például a rokkantsági rehabilitációs ellátások fedezetét átcsoportosítják az E. Alapba, én egy világos képet szeretek, olyan világos képet, ami itt van. Ezt évekig nem kaptuk meg.

Én ezt a világos képet szeretném fenntartani, még akkor is, és ha nem haragszik alelnök úr, válaszolok bizonyos kérdésekre, ami a citosztikumot illeti. Ez egy nagyon egyszerű kérdés. Ugyanis az a helyzet, hogy a gyártók egyik pillanatról a másikra megszüntetik egyes készítmények gyártását (*Dr. Gyenes Géza: Ez az ő kockázatuk!*), és az Egészségbiztosítási Pénztár kész helyzet elé kerül. Tehát olyan jellegű szituációban vagyunk, nem beszélve arról, hogy pontosan ebben a gyógyszerkörben hihetetlenül gyors változások vannak. Olyanfajta rugalmas alkalmazkodást igényelne, amire ilyen szűkös költségvetési keretek között irtózatosan nehéz reagálni.

Tehát amikor azt mondom, hogy az Egészségbiztosítási Alap 2011-es költségvetését vizsgáljuk, akkor érezzük benne ezt a fajta stabilitást, ugyanakkor azt a pontot, amit mi mindig szerettünk volna elérni, hogy világosan lássuk, hogy az egyes korcsoportokon belül és a korcsoportokon belül is azt a kört, ahol a járulékfizetők aránya hogyan alakul azokhoz viszonyítva akik ellátást kapnak járulékfizetés nélkül, ez egyértelműen világos legyen, ezzel csak tulajdonképpen annyit szeretnék, amit már évek óta akarunk, hogy a járulékfizetés maga, mint tény, az egy rendkívül pozitív megnyilvánulás legyen ebben a társadalomban. Tehát ezen alapszik az egészségbiztosítás, ezen alapszik a működés.

Nagy dolog, hogy mi rengeteg embernek, például gyerekeknek gyakorlatilag úgy nyújtunk egészségügyi ellátást, hogy mögötte járulékfizetés nem mozog. Ez nyilvánvalóan egy olyan jellegű dolog, hogy ez egy helyes, ez társadalompolitikailag minden ország számára egy helyes dolog. De ugyanakkor ténykérdés, hogy nem igazán tudjuk, hogy milyen ez az összeg, és hogy az egyes korcsoportokban milyen ez az összeg.

Tehát összességében: amikor én ezt átnézem, azt gondolom, hogy a következő éveknek a feladata éppen az, hogy ezeken a költségvetési csoportokon belül további finomítást lehessen végrehajtani. Ez egyszerre egy logisztikai feladat, egy orvosszakmai feladat, és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt ebben mindannyiunknak támogatni kell, mert így van remény arra, hogy olyan növekvő, hihetetlen nyomását a nemzetközi gyógyszerpiacnak, amely abban jelenik meg, hogy új és új gyógyszerek jelennek meg, azok hatékonyak, és a betegek számára rendkívül fontosak, a betegek pedig rendkívül tájékozottak ebben a vonatkozásban.

Ezt úgy tudjuk beépíteni a gyógyszerkasszába, hogy ez működési zavarokat ne okozzon. Éppen ezért végezetül tisztelettel szeretném megköszönni az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójának, és minden munkatársának az eddig elvégzett

munkát. Mondom: érezzük azt, és ezt sok-sok gyakorló orvos nevében mondhatom, hogy egy megváltozott, olyan jellegű hozzáállás, amelyik abszolút betegcentrikus, még olyan nagyon-nagyon nehéz esetekben is, amikor valóban arról van szó, hogy hirtelen új gyógyszer kerül be a piacra, ami nagyon hatékony, hirtelen gyógyszerek, illetve cégek megváltoznak, összevonódnak cégek, megszüntetnek bizonyos gyógyszerformákat, és az irtózatos nehézségeket okoz, mert nagyon nehezen tervezhetővé teszi, különösen ezekben a nagy gyógyszerigényű betegségekben az ellátás tervezését. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdés, észrevétel, reflexió? Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Főigazgató Asszony! Én a gyógyszer-támogatásokkal kapcsolatban szeretnék egy tájékoztató jellegű kérdést felvetni. Tehát említette, hogy 20 százalékos támogatás-kiáramlást hozott a vaklicit bevezetése. Látnak-e még a generikus készítményekben tartalékot?

A versenyt többször is hallottuk. Én visszautalnék Szócska Miklós államtitkár úrra, arra a központosítási törekvésre, amit a mostani egészségügyi kormányzat gondol és akar, és egy kicsit talán szembeállítanám azzal a versenyszemlélettel, amit a gyógyszerellátás során tapasztalunk, tehát hogy versenyeztetik a gyártókat. Tehát nem gondolják-e azt, hogy esetleg az államnak, és azt hiszem, itt talán az OEP lenne a kompetens, mert ő rendelkezik azokkal az adatokkal, nem akarom kimondani azt, hogy a gyógyszergyártásban vegyen részt, de akár még valami ilyesmi módon is, hogy valamilyen módon a versenyt kiiktatni. És mindjárt rátérek arra, hogy miért is vetem fel ezt a kérdést. Próbálok ezt a beteg oldaláról megközelíteni. Tehát úgy gondolom, mindig, amikor itt beszélünk, ön elsősorban persze fiskális megközelítésben adta elő ezt a beszámolót, én most a beteg oldaláról közelíteném meg, mert azt hiszem, mindenképpen innen kell, tehát amikor a beteg bemegy a patikába és kifizeti a gyógyszer árát.

Tehát hogy mennyit fizet a beteg, és azt tudjuk, hogy az összeg nagy része a vény nélküli gyógyszerekből tevődik össze, és azért hoznám fel ezt az OEP-nek, mert még egyszer mondom: az OEP rendelkezik az adatokkal. Tehát tessék elhinni, amikor egy beteg belép a patikába, akkor a támogatott gyógyszer mellé még igen sok nem támogatott gyógyszert is kivált. És megint visszautalnék a versenyre, és a vény nélküli készítményeknél az teljesen a piacra van bízva.

„Egy vény nélküli generikus programra” szeretném felhívni az egészségügyi kormányzat figyelmét, tehát hogy a vény nélküli készítményeket, a vény nélküli hatóanyagokat teljesen odadobta a kormányzat a piacnak és a reklámnak, ez nagyon fontos. Tehát az, hogy a beteg milyen vény nélküli készítményeket vásárol és mennyiért, nem látok kormányzati törekvést ennek a szabályozására.

Tudom, hogy nem önnek kellene feltennem ezt a kérdést, mert önök egy pénztár, de utalnék megint arra, hogy a szakmával milyen komoly egyeztetéseket folytatnak, és azt, hogy önök rendelkeznek azokkal az adatokkal, azokkal a patikai forgalmi adatokkal, ha nem is teljes mértékben, hogy mekkora terhelése van, milyen anyagi terhelést jelent a lakosság számára a vény nélküli gyógyszerek forgalma. Utalok még egyszer arra, hogy ez a kérdés nincs állami szinten szabályozva, tehát teljesen a piacnak van odadobva az, hogy a lakosságot milyen mértékben terhelik meg a vény nélküli készítmények.

Arra kérném a főigazgató asszonyt, hogy ez ügyben, tehát ebben a kérdésben valamilyen módon jelezzen a szakmának, mert úgy látom, hogy a szakma nem nagyon feszegeti ezt a kérdést, nem nagyon foglalkozik vele, hogy amennyire lehet, ne csak a támogatott generikus készítmények esetében legyen egy vaklicit, hanem valamilyen módon figyeljenek a vény nélküli készítményekre is. Lehet ezen nevetni, de amikor bejön a beteg, én azt tapasztalom, ha bejön a beteg, mert felírnak neki egy antibiotikumot, amely támogatva van

25 százalékkal, mintha nem is lenne, és még melléjön a lázcsillapító, köhögéscsillapító, vitamin, stb., és akkor azt látom, hogy a térítési díjnak talán a 30 százaléka az, amit a támogatott gyógyszerért fizet.

Tehát ezért próbálom ezt a beteg oldaláról még egyszer megközelíteni. Erre kérném a főigazgató asszonyt, hogy ebben valamilyen módon segítsék a betegeket. És még egyszer mondom, amit az elején mondtam, hogy mekkora tartalék van még a generikus programban, mert valószínűleg van, és ezért utalnék arra, hogy az államnak talán nagyobb szerepet kellene vállalnia.

Szóba került itt, hogy a 2012. év első három hónapjában emelkedett a gyógyszer-támogatási kiáramlás, ha jól emlékszem, de ez részben annak is köszönhető, hogy a fekvőbeteg-intézetekből kiáramlott a patikai forgalomba a támogatás. Jól értelmeztem ezt? (Sélleiné dr. Márki Mária: Igen.) Tehát akkor tulajdonképpen a patikai forgalmi gyógyszer-támogatás nem emelkedett, tehát a támogatás-kiáramlás? Ezt jól értelmeztem? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További észrevétel, kérdés? (Nincs jelzés.) Amennyiben nincs, megköszönöm a feltett kérdéseket és észrevételeket. Úgy gondolom, hogy mielőtt főigazgató asszonynak visszaadnám a szót, Nagy Kálmán professzor úrhoz kapcsolódva, a bizottság elnökeként én is csak azt tudom megerősíteni, hogy ebben a rendkívül nehéz és sok problémával terhelt mindennapjainkban úgy gondolom, nagyon jó, ha találunk egy stabil pontot, és ebben az esetben éppen az OEP tevékenysége az itt a mi esetünkben, amely mindannyiunk által megerősítésre került, és ezt nagyon fontosnak tartjuk.

Az adatokból kiindulva, igyekszem mindig jegyzetelni, itt főigazgató asszony megemlítette, hogy a havi kiadások környékével és ezzel a bizonyos havi gyógyszerkiváltással – mindenki tudja, hogy mire gondolok – úgy gondolom, hogy ott, ahol ésszerűen meg lehet takarítani az E. Alap közös költségvetéséből, ez közös felelősségünk, mert ez mindenféleképpen – ahogy alelnök úr is mondta – a rendszerben benne marad. Én ezért tartom nagyon fontosnak, mert mi valahol egészségpolitikusok vagy éppen legalábbis szakmapolitikusok vagyunk, de a politikai résztvevői is vagyunk a mai közéletnek, azért nagyon fontos mindenkinek, hovatartozásától függetlenül a felelőssége ebben a kérdésben, mert ha a közvéleményt olyan értelemben befolyásolja, ami mindannyiunk ellenérdeke és nem érdeke, mindenki tudja, hogy mire gondolok, az nagyon rossz fényt vet sok mindenre, és arra is, hogy bizonytalanságot kelt az emberekben.

Ez az OEP-finanszírozás jelenlegi rendszere stabil, a kifizetések ütemezetten történnek, minden feladatot, amit kap az OEP, ami visszaigazolásra került ezekben az adatokban, ezek teljesen helyénvalóak, és úgy gondolom, hogy ezeket kell nekünk egy ilyen bizottsági értekezlet után továbbvinni minden területen, és még az egyebek nem is biztos, hogy kérdésfeltevésre kerülnek.

Én ezzel az egy-két gondolattal visszaadnám a szót főigazgató asszonynak a felmerült kérdések megválaszolására.

Sélleiné dr. Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai

SÉLLEINÉ DR. MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm szépen. Köszönöm a jó szót, az mindig jól jön, és azt hiszem, további erőt ad a munkánkban, úgyhogy köszönöm szépen.

A kérdéseket illetően: igen, E-recept, mi magunk is így tervezzük, hogy egyrészt külön folyik egy egyeztetés, egy kimondottan szakmai és szakmapolitikai egyeztetés a háziorvosokkal, és folyamatában egyértelműen, ahogyan ez a koncepció a szakmai részét illetően összeáll, akkor természetesen tájékoztatót fogunk adni. Egyrészt maga a NEFMI is

fog hivatalosan ebben tevékenykedni, és annak részeként mi magunk is. De akár szívesen jövünk el a bizottság elé, hogy erről beszámoljunk vagy legalábbis tájékoztatót adjunk. Úgy gondolom, hogy az E-recept azért ilyen vonatkozásban megint egy jelentős előrelépés lesz.

Azért azt is tudjuk, hogy most államtitkár úr a svéd módszert emelte ki, de azért, mert ott van a legrégebben talán ennek hagyománya, de ma már Nyugat-Európa szinte valamennyi országában vagy részben vagy teljes egészében az E-recept működik. Tehát ilyen módon mindenképpen célszerű ezt bevezetnünk és megtartanunk.

Próbálnám a következő három kérdést egy picit együtt kezelni. A gyógyszert illetően: tehát lehet, hogy nem jó módszert alkalmaztam, mert ahogyan Kiss úr is mondta, egy fiskális szemléletűt hoztam. Én nem éreztem fiskális szemléletűnek, azt gondoltam, hogy bemutatni szeretnék egy E. Alapot, és ahhoz hozzátenni azokon a kritikus pontokon egyfajta kiemelésképpen, hogy milyen intézkedések vannak. Azt semmiképpen sem túllépve, hogy mi magunk egy végrehajtói funkcióban működünk, tehát a jogszabályt és annak következményeit kell hogy végrehajtsuk.

De a gyógyszert illetően azt gondolom, hogy többször próbáltam most is ebben részleteket is elmondani, tehát maga a vaklicit a generikus gyógyszerekre vonatkozik, hiszen maga a generikus gyógyszerek területén van verseny. Tehát ez nem kérdés, hogy azokat az originális készítményeket, amelyeket mondjuk az onkológia használ, azokat ilyen módon nem érinti. Ahogyan ön említette, a citosztatikumok száz százalékban térítettek változatlanul, a kasszának egy fix része, ma is számításaink szerint egy százmilliárdos nagyságrendben, amit a betegek egyértelműen száz százalékosan támogatottan kapnak meg a 300 forintos, önkölk előtt is ismert dobozdíj mellett.

Tehát gyakorlatilag ez változatlan és egyértelműen fix. Ez nem érinti ezt a módszert és ezt a területet. Azt mondom, hogy ezt hangsúlyozni kell, hiszen az egyik legérzékenyebb terület pontosan az onkológiai betegek vagy éppen a biológiai terápiában részesülő betegek vagy a diabéteszes betegek, ezek mind abban a körben vannak, amelyik száz százalékos térítést kap, és ennek a rendje változatlan a mostaniban is.

A generikumok területén pedig gyakorlatilag hogyan működik a rendszer? Ahogyan járnak le az originális készítmények szabadalmi, onnantól megjelenik, hiszen már felkészült a piac, hogy jönnek az úgymond generikus készítmények, egy hatóanyagot a fő originális gyógyszerre lejár, és akkor megjelenik jó néhány generikus más-más céggel. Itt tud belépni a vaklicit és itt tud belépni a verseny. Most ez egy első olyan lépés volt, amikor bevezettük ezen a területen a versenyt, tehát természetesen ennek a további csökkentésére – már Kiss úrnak is válaszolok -, tehát az ár további csökkentésének biztosan van egy korlátja, ezt mi magunk is így látjuk. Logikus. Van egy, amit még a piac szereplői el tudnak viselni, de ahogyan lépnek be minden esetben az új készítmények, azok újabb versenyt tudnak egymás között teremteni, ami azt az árat, ami esetlegesen, ha ez nincs, akkor azért jelentősen tudják csökkenteni.

Tehát én magam ebben látom ennek a működési mechanizmusát.

Azt gondolom, hogy amit Nagy Kálmán képviselő úr mondott, azt tényleg jó szívvvel köszönöm, nagyon törekszünk arra, hogy egy beteg- és egyértelműen ellátórendszer-központú legyen ez az OEP, ne pedig egy nagyon bürokratikus hivatal, mert akkor a funkcióját biztosan nem tudja ellátni, legalábbis az én rendem és véleményem szerint. Ebben igyekszünk sokat tenni, hogy ez valahol meg is jelenjen.

A gyógyszer-támogatási rendszerről még talán annyit, hogy amikor ez az egész koncepció összeállt és maga a mi gondolatsorunk és munkaanyagunk messze megelőzte a Széll Kálmán tervet, mi magunk már egy olyan koncepcionális, strukturális megújításban gondolkodtunk, ami ezt a kasszát olyan irányba tereli, hogy mindenképpen, ahogyan elmondtam, erősödjön a betegellátás szerepvállalása. Az is egy nagyon fontos szempont megítélésem és megítélésünk szerint, hogy az irányító funkció igenis, az állam, a kormány és

ennek végrehajtójaként az OEP kezében legyen, ne pedig a piac többi szereplője határozza meg, hogy ez a támogatás-kiáramlás és ez a gyógyszerkassza mekkora.

Mi magunk ebben hiszünk, hogy ez az úgymond fordulat azért megtörtént. Tehát igen, most már elmondhatjuk, hogy egy állami irányítás azért a piac szereplőinek a viselkedését igenis, elkezdte befolyásolni, és ez a jövőben tovább fog erősödni, ahogyan kiteljesednek egyrészt az intézkedések, illetve logikus, hogy ezeknek az intézkedéseknek biztosan lesz korrekciója is. Most itt nem elsősorban a pénzbeli korrekcióra gondolok, hanem a rendszer működésbeli korrekciójára gondolok. Tehát én ezt nagyon fontosnak tartom.

Gyakorlatilag a megtakarításokat illetően: természetesen a megtakarítás a kasszában marad, tehát ez a költségvetési törvény, a jelenleg 2012-es költségvetési törvény is meghatározza az egyes egymás közötti átcsoportosításnak a lehetőségeit is, meghatározza, hogy egyáltalán milyen feltétellel lehet egymás között is magán az alcsoportokon belül is átcsoportosítani. De az nem kérdés, hogy ami az előirányzathoz képest úgymond nem teljesül, az természetesen benne marad a kasszában, hiszen így került a 15 milliárd is a gyógyító-megelőző ellátásra, hogy ez majd ott lesz felhasználva, arra a célra, ami úgymond az államtitkárság tervében szerepelt. Nagy valószínűséggel ez azért egy béremelési lehetőséget teremt az ellátó szférában.

Tehát ez egyértelmű, hiszen amikor most visszautalok az elmúlt év végére, maga a 21 milliárd forint magának a kasszának volt a megtakarítása, ami ugyanúgy természetesen benne is van a jogszabályban, tehát felhasználhatunk és fel is használtunk. Az is természetes része, hogy ennek megvan egy egyeztetési folyamata, és ehhez kell az NGM hozzájárulása is, de ez minden esetben az elmúlt két alkalommal én ebben részt vettem, gyakorlatilag zökkenőmentesen év végén megtörtént.

Amit még szerettem volna mondani: gyorsan mondom, hogy természetesen sok minden információnk van nekünk, arról van, hogy vényforgalmi szemléletben mennyi az úgynevezett nem támogatott gyógyszer, amit megvesznek a betegek, ez körülbelül 120 milliárdos nagyságrend, de ez vényforgalmi szemléletű, és nem támogatott gyógyszerek. Arról nincsen valóban semmilyen információnk, hogy ami nem vényköteles gyógyszer, az milyen mértékű, egyrészt a nagyságrendje és ezt mi is úgymond nagyon informatívnak tartanánk, ha erről tudnánk. Fogjuk jelezni egyértelműen, mi magunk is úgy gondoljuk, hogy ezt fontos lenne tudnunk, hogy mi ez a nagyságrend, és fogjuk jelezni az államtitkárság felé, hogy erre vonatkozóan valamilyen jelentési kötelezettséget vagy információadási kötelezettséget, mert azért itt végigtekintve azt, hogy maga a gyógyszertárak működésében is van egy nagy önállóság, hogy azt tiszteletben tartva, erről információt szerezzünk.

ELNÖK: A háziórvosi 10 milliárd, alelnök úr kérdése.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Azt tetszett mondani, hogy megspóroljuk, de ez az alapellátás finanszírozásában benne lévő összeg volt, ettől lehetett volna nyugodtan a kártyapénzt emelni, de ehhez képest ez nem történt meg. Innen keletkezett a 10 milliárd, a 83 milliárdhoz képest, vagy külső forrásból?

SÉLLEINÉ DR. MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): mindenképpen külső lehet, mert éppen most elővettem, 81 milliárd 115 millió forint egyértelműen az előirányzat, ami folyamatosan úgymond az alapvető működéshez szükséges, és a kiáramlása egyértelmű.

Tehát én magam ezt úgy értelmeztem, hogy ez azon felüli lehetőség. Én így értelmeztem, ezért is mondom, hogy én magam. Hiszen a 81 milliárd most, ahogyan látjuk, a három hónapban is, mondjuk az I-III hónapi teljesítés 20 milliárd volt, és pontosan négyszer

három, az tizenkettő. Tehát négyszer kettő, az nyolc. Ilyen módon a 81 milliárd ki fog menni év végéig ütemesen, egyértelműen a háziiorvosi ellátásra.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Szóval mi, politikusok tehetünk arról, hogy a kártya forintértéke 162-163 között van, már lassan tíz éve? Ha a 80-at vesszük, akkor ez azt jelenti, hogy ugyanezen a forintértéken, és az összes más egyéb, nem idesorolt kiadásokkal kijön. De tényleg elvártuk volna, hogy a kártya pontértéke nőjön valamilyen szinten. Ezért mondom, hogy ezek szerint mi tehetünk róla, kedves politikustársaim, hogy ilyen szinten áll változatlanul, mert ha a végrehajtók azt mondják, hogy a kártyapénz ezentúl 198 forint, akkor annyi.

SÉLLEINÉ DR. MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Mondjuk röviden összefoglalva igen. Elég nyitott és nyilvános ez a szám, tehát a belső struktúrája is, ebben nagy titkok nincsenek, úgy gondolom. Ami pedig titok, azt itt általában el szoktuk mondani, meg a tervezés során már messze egyértelmű, hiszen azért a sajtó is nagyon tájékozott, amikor mi tervezzük az E. Alapot, hogy milyen gondjaink vannak és milyen belső mozgástér van. Igen, ezt tudom erre válaszolni.

A közös felelősséggel pedig abszolút én magam is egyetértek, hiszen ebben tudunk együttműködni és ebben tudunk előrelépni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Úgy gondolom, hogy nagyon részletesen átbeszéltük ezt a napirendet és a tájékoztatót tudomásul vesszük, erről szavazást nem kell tartani.

Az egyebek napirendben megkérdezném, hogy van-e valakinek észrevétele, közölnivalója, mondanivalója. *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor szeretném jelezni a bizottságnak, hogy a jövő héten szerdán plenáris ülés lesz a parlamentben, bizottsági ülést nem tervezünk. Azért nem tervezünk bizottsági ülést, mert az egészségügyi törvény, ami előttünk áll, egyelőre még benyújtás előtt áll. Két hét múlva viszont rendes időpontban, tehát a szerdai szokott időpontban lesz bizottsági ülés, amelynek napirendjén már szerepel az ÁSZ jelentése az alapellátásról. Hogy mivel fog még kiegészülni a bizottság munkája két hét múlva, ezt pontosan még nem tudom megmondani. Mindenkinek további szép napot kívánok, és a mai bizottsági ülést ezzel lezárom. Az OEP jelen lévő képviselőinek pedig külön köszönöm a részvételt és a széles körű tájékoztatást. Köszönöm szépen.

(Az ülés befejezésének időpontja: 12 óra 58 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva