



Ikt.sz.: EGB/84-1/2012.

EGB-22/2012. sz. ülés
(EGB-72/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2012. november 13-án, kedden, 10 óra 06 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/9065. számú törvényjavaslat</i>	5
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli tájékoztatója</i>	5
<i>Kérdések, észrevételek, megjegyzések</i>	6
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai az elhangzottakra</i>	11
<i>Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai</i>	14
<i>Határozathozatal az általános vitára alkalmasságról</i>	18
<i>Egyebek</i>	18

Napirendi javaslat

1. Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslat
(T/9065. szám)
(Általános vita)

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. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz)
Dr. Iván László (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz)
Dr. Ódor Ferenc (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)
Hegedűs Tamás (Jobbik)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)
Szilágyi László (LMP)

Helyettesítési megbízást adott

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz) dr. Bene Ildikónak (Fidesz)
Dr. Heintz Tamás (Fidesz) dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz) megérkezéséig dr. Iván Lászlónak (Fidesz)
Dr. Daher Pierre (Fidesz) dr. Ódor Ferencnek (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Nagy Kálmánnak (KDNP)

Hozzászólók:

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)
Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

(Az ülés kezdetének időpontja: 10 óra 06 perc)

Elnöki bevezető, a napirend elfogadása

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának 2012. november 13-ai, keddi, 10 órakor kezdődő ülésén nagy tisztelettel és szeretettel köszöntök mindenkit, aki megjelent bizottsági ülésünkön és munkánkat figyelemmel kíséri.

Egyetlen napirendi pont szerepel a bizottság mai munkájában, az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslat, mely T/9065. számon lett benyújtva, ennek az általános vitája, illetve az általános vitára való bocsátása az egyetlen napirendje a mai bizottsági ülésünknek.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes. Egyebek napirend nem szerepel, egy-két bejelentés lesz a végén, ezért megkérdezném, hogy napirend előtti észrevétele, kérdése, felszólalása van-e valakinek. Garai képviselő úr távollétében ez valószínűleg nem fog realizálódni, ettől függetlenül megkérdezem. *(Nincs jelzés.)* Tehát nincs.

Akkor a napirend elfogadása következik. Aki a kiküldött napirenddel egyetért, a mai bizottsági ülés napirendjével, kérem, hogy kézfelemeléssel fogadja el és erősítse meg! *(Szavazás.)* Köszönöm szépen. Egyhangú.

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/9065. számú törvényjavaslat

A törvényjavaslat benyújtója az emberi erőforrások minisztere. A tárca, az egészségügyi államtitkárság képviseletében nagy tisztelettel köszöntöm Szócska Miklós államtitkár urat, Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat és a szakértői csapatot, aki bizottsági ülésünkön részt vesz.

Az írásos anyagot mindenki megkapta. Először a kiegészítemem következik a törvényjavaslat ismertetését illetően.

Tájékoztatom a bizottság tagjait, hogy az egészségügyi törvényhez az első helyen kijelölt bizottság vagyunk, az általános vitára való alkalmasságról döntünk, a kiegészítést követően a bizottság tagjainak kérdései, észrevételei, majd a viszontválaszok következnek.

Szeretném tájékoztatni a bizottság tagjait és minden jelenlévőt, hogy első helyen kijelölt bizottság vagyunk, de rajtunk kívül még a Fenntartható fejlődés bizottsága, a Foglalkoztatási és munkaügyi bizottság, valamint a Fogyasztóvédelmi bizottság is kikérte a törvényt.

Ezen bevezetőt követően - remélem, elég rövid volt - átadnám a szót Szócska Miklós államtitkár úrnak.

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli tájékoztatója

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm a szót, elnök úr. Én is igyekszem tömör lenni, és értelemszerűen, ha kérdések lesznek, akkor ezzel kapcsolatban a további részletekbe is belemegyünk.

Tudom, többször mondták már nekem a bizottságban, hogy nem szeretik a salátát, de azt tudom mondani, hogy ez a számos apró javítás, korrekció vagy összegyűlt módosítási szándékoknak egy egyidejű kezelését lehetővé tevő technika, tehát kérem, nézzék el nekünk ezt, jó szándékkal raktunk össze számos, kilenc törvényt érintő módosítási javaslatot.

Csak néhányat emelek ki ebből. Mindenképpen fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a transzplantációs ellátások fejlesztésével kapcsolatban egy előzetes megállapodást kötöttünk az Eurotransplanttal, az egyéves előszobán túl vagyunk, és most zajlik az eredmények

értékelése és a teljes körű csatlakozás előkészítése. Ebben a salátatörvény-javaslatban felhatalmazást kérünk ahhoz, hogy ha ez bekövetkezik, ezt megtehessek. Értelemszerűen a betegszervezetekkel és a szakmával egyöntetűen tárgyalunk.

Szintén kiemelném a gyógyszer törvénynek a hamisított gyógyszerek legális kereskedelmi láncba történő bekerülésének a megelőzését, tehát számos kérdésben a Széll Kálmán terv kapcsán vitatkozunk, de szeretném jelezni, hogy a gyógyszergyárakkal egyben partnerség is van, amikor a transzparens piaci pozíciókat próbáljuk kialakítani.

Szintén a biztosítottak érdekét szolgálja például a TAJ-visszaélések kiküszöbölése. Az lesz majd a cél a jövőben, hogy az elektronikus egészségügyi rendszerek fejlesztésével bármilyen személyazonosító okmánnyal igazolhatja a jogviszonyát az állampolgár, ugyanakkor azt tapasztaljuk, hogy az egyik leggyakoribb visszaélés az, hogy többen veszik igénybe a szolgáltatásokat egy TAJ-kártyával, tehát személyazonosítást előírunk a szolgáltatások igénybevételénél. Értelemszerűen a sürgősségi ellátásokat ez nem befolyásolja.

Több jogharmonizációs módosítást is tartalmaz a törvény vagy a salátajavaslat. A fenntartói jogok pontosítására is kitér különböző egészségügyi ellátást nyújtó intézmények tekintetében, és végül, de nem utolsósorban nagyon komoly kérdés az az emberierőforrás-stratégiánál, hogy hogyan tudjuk azonosítani a rendszerben dolgozó orvosokat, hogyan tudunk egy pontos életpálya-metszetet venni.

Azt tudom mondani, hogy hatalmas előrelépés történt az OEP-pel, a GYEMSZI-vel való együttműködésben vagy az ő háttérmunkájukban. A receptfelírási gyakorlatot elemezve és a teljesítmény-jelentéseket elemezve egy pontos képünk van arról, hogy hány kolléga, hol aktív, átlagéletkorokat látunk a különböző szakmák területén, tehát ez az OEP-nek egy hatalmas munkája volt. Az adatbázisok összekötése elkezdte produkálni az eredményt. A GYEMSZI-ben egy HR-kontrolling rendszer üzemel, tehát tudjuk, hogy hány ember hol foglalkoztatott, tehát nagyon komolyan látjuk az emberierőforrás-stratégia alapadatait, de a salátában az ehhez kapcsolódó adatgyűjtéssel is rendelkezünk, hogy a jövőben ki tudjunk alakítani egy nyilvántartási és ugyanakkor egy munkaközvetítő, emberierőforrás-tervező rendszert is.

Én röviden ennyit mondanék, és biztos vagyok benne, hogy a kérdések mentén szólni tudunk a saláta egyéb elemeiről is. Köszönöm szépen a figyelmet.

ELNÖK: Köszönöm szépen a szóbeli kiegészítést. A bizottság tagjait illeti a kérdés, észrevétel, megjegyzés joga. Gyenes alelnök úr!

Kérdések, észrevételek, megjegyzések

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen. Előzetesen szeretném elmondani, hogy a Jobbik az előterjesztést alapvetően támogatja, elfogadhatónak tartja és alkalmasnak fogja találni az általános vitára. Néhány kérdésem lenne bizonyos pontosítások végett.

Az adatbetekintéssel kapcsolatos rendelkezési rész előrelépést tartalmaz, nevezetesen a gyógyszerészeknek is kiszélesíti azt a lehetőséget, hogy betekintsenek a gyógyszer-felhasználási adatokba. Ismerve ennek az elég bonyolult adminisztratív rendszerét, főképpen azt, hogy hogyan kell a betekintést visszaigazolni, írásban igazolni, elég bonyolultnak látjuk, ezért a kérdésem: nem lenne-e elegendő, ha ezt a rendelkezést mondjuk a generikus programnál alkalmaznák vagy próbálnák alkalmazni esetleg.

A másik szintén ezzel függ össze, a betekintéssel. A betegadatokhoz való hozzáférés lehetőségéből legalábbis úgy látjuk - de javítson ki, államtitkár úr, ha rosszul látjuk -, hogy az alapellátó fogorvosok kimaradtak. Végül is azokban az élethelyzetekben, amikor egy beteg különböző gyógyszereket szed, és elmegy a fogorvosához, például egy vérhígítót elfelejt közölni, ebből elég sok probléma származhat. A gyógyszer-mellékhatások felismerésében is fontos szerepe lehet éppen a fogorvosnak, a hasonló hatású gyógyszerek adásának elkerülése,

készítmények keresztreakcióinak elkerülése végett, és még folytathatnám a sort. Úgy látjuk, hogy fontos lenne, ha az alapellátó fogorvosok, a házi orvosok hasonlóan, ugyanúgy meg tudnák kapni ezt a lehetőséget. *(Megérkezik az ülésre Hegedűs Tamás.)*

A másik kérdésem az lenne, hogy a társadalombiztosítási, igazgatási szervek által lefolytatott ellenőrzések során a társadalombiztosítás szerveinek csak egészségügyi felsőfokú szakképesítéssel rendelkező alkalmazottjai ismerhetik meg a különböző adatokat. Itt megkérdezném azt, hogy ezt egy kicsit nem lehetne-e pontosítani, mert ez orvost jelenthet, mentőtisztet, dietetikust, gyógytornászt, stb., hiszen felsőfokú egészségügyi végzettségük van nekik is.

Azt hiszem, hogy itt pontosabb lenne, ha az egészségügyi szakképesítést pontosan nevesítenénk az adott feladathoz.

Szintén van egy olyan része az adatszolgáltatással összefüggő rendelkezéseknek, amikor bizonyos szervek írásban kikérhetik egyes betegeknek az egészségügyi adatait. Konkrétan most éppen a büntetés-végrehajtási intézetekre gondolok, ahol éppen a beutalását tölti egy úriember, éppen ott raboskodik, és ha ő kezdeményez egy ilyen adatbetekintést, akkor a büntetés-végrehajtási szerv attól az orvostól, aki a betegnek a kezelőorvosa, a beteg hozzájárulása nélkül valójában – legalábbis ezt hiányoljuk belőle – lekérhet adatokat.

Az esetek nagyobb részében elfogadom, hogy persze, létezik ilyen, hogy a büntetését addig felfüggesztik, vagy nem tudom, hogy mit csinálnak vele, és addig elengedik az elítéltet, mert hivatkozik erre, de lehetnek olyan esetek, amikor ezzel azért vissza is lehet élni. De ez fáj a legkevésbé, inkább a beteg úgy kapja meg az adatokat, hogy ő nem is tud arról, hogy a rokona vagy az ismerőse, vagy nem tudom, kicsodája, aki a börtönben ül, az most rá való hivatkozással ki óhajt jönni onnan, és bizonyos bűncselekmények vagy cselekmények esetén elítélt embereknél nem biztos, hogy a hozzátartozó borzasztóan örül ennek. Tehát jó lenne véleményem szerint egy kicsit úgy pontosítani, hogy a betegnek is legyen hozzájárulása ehhez.

A kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló részletben bizonyos ezer forint havi terápiás költséget el nem érő készítményekkel kapcsolatosan az az előterjesztés, hogy olyan alacsony összegről van szó, hogy a méltányossággal kapcsolatos eljárási költségek így már meghaladják azt az összeget, amire irányul. Ez biztosan így van, ez egy gazdasági kiindulás, de jó lenne ezt nemcsak a gazdasági oldalról, hanem a jogosultak oldaláról is vizsgálni, mert aki ilyen összegekre kérelmet nyújt be, azoknak biztosan számít még ez az összeg is. Tehát ezt is figyelembe kellene venni véleményem szerint.

Szintén ide tartozó probléma, hogy az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközöktől elkülönítetten kezeli. Ezzel nincs semmi gond, a számlához való hozzáféréssel látszólag, a házi orvosok biztosan nagyon fognak örülni, hogy van egy fenntartó, meg van ő, és hogy ha egy harmadik személy szeretne úgymond erről a keretről úgymond valamit leemelni, bármilyen okból, mondjuk egy alkalmazott, mert bérvitába keveredik a doktorral, akkor ez jó dolog. A házi orvos szempontjából kétségtelenül jó dolog, hiszen ebben az esetben azt írja a jogszabály, hogy a fenntartónak a hozzájárulása is kell, illetve magának a szolgáltatónak a hozzájárulása is kell, tehát e nélkül nem lehet pénzt leemelni.

Tehát ez ilyen szempontból nagyon jó a házi orvosnak, tehát védve van ez a keret, viszont például egy ilyen bérvita esetén kérdés, hogy akkor mit tudnak tenni. Persze, vigyázni kell arra a finanszírozásnál, amit a társadalombiztosítástól azért kap az orvos, hogy az ottani feladatait lássa el, de mondom, lehet egy ilyen helyzet, és ha egy picit előrenézünk, még az sem kizárt, hogy bizonyos szolgáltatók, akiknek szerződést kell kötni az orvossal, gázszolgáltatás, villanyszolgáltatás, egyebek, ebben az esetben ezek a szolgáltatók azt mondják, hogy ha én nem tudom az összeget ráterhelni, mert én harmadik fél vagyok, tehát nekem azt mondják, hogy a fenntartótól és a szolgáltatótól kell engedélyt kérni, akkor azt

fogja mondani, hogy akkor nem valószínű, hogy szívesen kötök szerződést velük. Tehát egy kicsit át kellene gondolni ezeket a dolgokat.

Megígérem, hogy az utolsó: a működési nyilvántartást vezető Egészségügyi Engedélyezési Hivatalt szerintem borzasztóan meg fogja terhelni az, hogy a munkavégzésre vonatkozó olyan adatokat kell neki gyűjteni és nyilvántartani, ami egyébként a munkáltatónak a kötelezettsége a jelenlegi törvényi helyzet szerint, hogy túlórája mennyi volt, mennyi önkéntes órája volt, stb.

De ha ezt a működési nyilvántartást vezetőknek kell, ezek napi adatok, ezek olyan gyorsan változhatnak egy azonos munkahelyen, és olyan töméntelen mennyiségű változást jelent, hogy elég nehezen fogja az EEKH ezt a feladatot abszolválni és nehezen tud majd megfelelni ennek a feladatnak, hiszen ismerve az orvosok vagy akár a kórházi szolgáltatók adatszolgáltatási morálját, ez eléggé nehézkes lesz.

Tehát mi úgy gondoljuk, hogy ezeknek a naponta változó adatoknak a munkarendre, a munkavégzési formára hatása, az önként vállalt többletmunka ténye, mértéke, heti munkaidő, stb., ezek túl gyorsan változó adatok és rettentő nagy terhet jelentenek. Most gondoljuk végig, hogy ha most csak 18 ezer emberrel kell a működési nyilvántartásban naprakészen ezeket az adatokat figyelembe venni és kísélni. Persze, ha ezt meg tudják valósítani, semmi gond, végtére semmi bajunk nincs vele, csak félünk tőle, hogy ez a gyakorlatban nem biztos, hogy megvalósítható.

Körülbelül röviden most csak ennyit szerettem volna mondani. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, alelnök úr. Iván professzor úr!

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Szeretném megkérdezni, hogy az orvosi felelősség és egyéb vonatkozásában tudjuk, hogy az orvosi titoktartás mit jelent, de nem tudom, hogy hogyan állunk a személyzetnek, a beosztottnak, az adatkezelőknek, egyáltalán az egészségügyi intézményekben dolgozó nem orvosoknak a titoktartásával kapcsolatosan, van-e erre vonatkozóan valamiféle kötelezettség, valamiféle ellenőrzés, vagy valamiféle felvilágosítási kötelezettsége az intézménynek vagy az intézményen kívüli adatszolgáltatóknak? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kupper képviselő úr!

DR. KUPPER ANDRÁS (Fidesz): Köszönöm, elnök úr. Én pedig azt szeretném elmondani, hogy nagyon örülünk annak, hogy a gyógyszerforgalmazással kapcsolatos szigorítások jogszabályban is megjelennek, de évek óta kezdeményezem, hogy a kontrollt erősíteni kellene a táplálék-kiegészítők piacán is. Ez ügyben mikor kíván lépni az államtitkárság? Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Alelnök asszony!

DR. BENE ILDIKÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Nekem két rövid kérdésem van. Amikor egy beteg felvételre jelentkezik a kórházban vagy rendelőintézetben, elméletileg az azonosításhoz és az adatok pontosításához most is elkérhetjük és el is kérjük a személyi igazolványát, illetve igazolványát. A kérdésem az, hogy ez a gondolat teljesen rendben van, de mi van, ha a beteg, egyébként is nagyon sok esetben tapasztaljuk, hogy nem adják oda, tehát milyen jogosultság van és mit tud tenni az egészségügyi dolgozó, aki egyébként elég sokat kell hogy küzdjön és harcoljon a beteggel. Tehát mi az, aminek alapján mi ezt elkérhetjük, vagy mit tudunk tenni akkor, ha nem adja oda? Ez az egyik.

A másik pedig az, hogy a gyógyszertárakban az elektronikus tájékoztató rendszerhez hozzáférjenek a betegek. Az a kérdésem, hogy most a fiókpatikák esetében adunk egy engedélyt. Én nézem a miénket, és több patikában nem ülnek a betegek oda, tehát ott inkább igénylik a szóbeli tájékoztatást és az a fajta igény a gyógyszerész felé merül fel elsődlegesen, hogy adjon neki megfelelő módon tájékoztatást a problémáira, viszont fenntartani, kezelni, javítani szükséges a gyógyszertáraknak. Ebben nem lehetne egy kicsi engedélyt tenni? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szilágyi képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen. Előjáróban én is annyit mondanék, hogy természetesen rengeteg támogatható eleme van ennek a csomagnak. Ebben az esetben talán még ez a salátaforma is elfogadható, hiszen tényleg arról van szó, hogy itt már csak a nagy mű apró korrekcióiról van szó, és mi ezt szívesen támogatnánk is, de leginkább csak azért, mert annyira szeretnénk már valamit támogatni, és tényleg csak...

ELNÖK: A lehetőség adott, képviselő úr.

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Igen. Köszönöm szépen. Két jelenséget szeretnék kiemelni, amit mi nem nagyon nézünk jó szemmel vagy nem feltétlenül értünk vele egyet. Nyilván az általános vitában ezt majd részletesebben is ki lehet fejteni. Az egyik ez a centralizációs törekvés, ezt mi az elejétől fogva nem tartjuk teljesen jónak, és az eddig megtörtént lépéseket sem látjuk teljesen pozitívnak, és nem látjuk azt, hogy egy ilyen abszolút centralizált intézményrendszerben mindenre kiterjedhet a figyelem, és tényleg minden szempontból lehet uralni a periférián lévő intézményeket. Most ez a centralizációs hajlam valahogy bekebelezi az egyetemi klinikákat is, és az a nagy kérdés, hogy mit várnak ettől, és mi az, amit nem tudnak a jelenlegi rendszerben akár a finanszírozásban, akár a TVK-ban, akár az egyéb intézkedésekben megtenni a klinikákkal kapcsolatban, miért szükséges, hogy az alapvető szakmai autonómiát is elvegyék tőlük? Ez az egyik.

A másik, hogy látunk egy olyan tendenciát ebben a csomagban is, meg az eddigiekben is, hogy folyamatosan pakolnak át bizonyos kompetenciákat és tulajdonképpen szakmai felelősséget is a háziorvosoktól a gyógyszerészek irányába. Ebben van egy csomó gesztus is, ami nem olyan nagy horderejű, de mindenesetre sokszor olybá tűnik, mintha a háziorvosok lennének azok, akik költik az egészségbiztosító pénzét nyaklók nélkül, és a gyógyszerészek azok, akik ezt nekünk megspórolják és megfogják ezt a fajta költséget, és mintha a kormányzat beléjük helyezné a bizalmát elsősorban, hogy a gyógyszerkasszát fenn lehessen tartani.

Tehát több ilyen apróságot látunk ebben a csomagban is, ami efelé mutat, és a költséghatékony gyógyszeres terápia kialakítását várjuk a patikusoktól, holott azért a gyógyszeres terápia szakmai része inkább az orvosok dolga lenne és orvosi kompetencia, nem pedig a gyógyszerészeké.

Tehát látunk egy ilyen tendenciát, nem tudom, hogy mit várnak tőle és hogy mi ennek az oka. Nyilvánvaló, hogy az orvosok és a patikusok együttműködését javítani kell, erre mindenféle eszközt és támogatást be kellene vetni, de nem feltétlenül úgy, hogy egyik helyről áthelyezzünk kompetenciákat a másikkra. Köszönöm szépen, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): A képviselőtársammal egy kicsit vitatkoznék, mert úgy gondolom, hogy a költséghatékony gyógyszeres terápiában talán a legkompetensebb maga a

patikus, aki nemcsak a hatóanyaggal van tisztában, hanem annak a költségvonzatával is, alapvetően nem hiszem, hogy az orvosokat ezzel kellene terhelnünk.

Összességében a törvényt támogatjuk. Nekem az egyik legszimpatikusabb, ami végre a 71. §-ban megvan, hogy a gyógyszerár egészségügyi szolgáltatást végző egészségügyi intézmény, tehát hogy ez deklarálva van. Ezt mindenképpen pozitívan értékelem.

Azt, hogy az adatok hogyan kerülhetnek ki, a beteg adatai, én attól tartok, hogy nincs elég biztosíték arra, hogy esetleg biztosítók, magánbiztosítók vagy egyáltalán bárki megszerezze a beteg adatait, a betegségre vonatkozó adatokat és a gyógyszeres terápiának az adatait. Tehát én erre komolyabb garanciát várnék. De ettől függetlenül támogatjuk, majd a módosító javaslatainkkal próbáljuk azért ezt mindenképpen segíteni.

Összességében tényleg csak azt tudom mondani, hogy ezt a salátatörvényt mindenképpen támogatjuk. Tehát ennek az általános vitára bocsátását támogatjuk. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Tessék parancsolni! Alelnök úr jelezte, hogy egy kérdés, egy észrevétel kimaradt.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Egy kiegészítő kérdésem és egy kérésem lenne. Végül is az előző salátában megszületett az orvosi egészségügyi ügyeletekre vonatkozó szabályozás, és akkor ezt a szabályozást alapul véve, a szakma számára az Orvosi Kamara megpróbálta a gyakorlati alkalmazás szempontjából értelmezni, és az a tapasztalatunk, amit a minisztériummal is egyeztetett a kamara természetesen, és a minisztérium észrevételeit elfogadva készítette el ezt az értelmezést. Természetesen az Orvosi Kamarának semmi más lehetősége nem volt, minthogy az orvos kollégákhoz fordulni, hogy elmagyarázzuk nekik, hogy körülbelül ez az új ügyeleti jogszabály, egyáltalán nem vitatva azt, lehetett volna nem vitatva, azt elfogadni, az a hatályos rendelkezés, hogyan kell ezt értelmezni, hogy ő is értse.

A gondom nem ez, hanem az, hogy ha jól tudom, most minden államosított egészségügyi intézménynek, így a kórház vezérmenedzsmentjének is a GYEMSZI-t kell tekintenünk, és jó lenne, ha az állami kórházak az ilyen munkajoginak ítélt kérdésekben egységesen járnának el. Nevezetesen a jogszabályok alapján, mert a tapasztalat, a kollégáktól jövő jelzések szerint ezeknek az ügyeleteknek az elszámolása igen távol áll attól az általunk is elfogadott és helyeselt jogszabálytól az alkalmazása, sőt még vannak olyan intézmények, ahol az ügyeletet követő pihenőidőt mínuszban levonják a bérből, meg hasonló, holott az új jogszabály szerint értelemszerűen ezt nem lehet tenni.

Volt egy nagyon érdekes beszélgetés egy bizonyos menedzsment képviselőjével, vezetőjével, aki felhívta az úgynevezett bérszámfejtő vagy humánpolitikai emberét a kórházban, és mondta, hogy én értem, amit itt hallottam, de ott alkalmazzák lent. És akkor felhívta ezt a szakembert, ez egy hölgy volt, és kérte, hogy mondjuk el neki, hogy most már egy kicsit ezt másképp kellene csinálni, másképp kellene elszámolni. Megvan a jogszabály, pontosan leírja, hogy mit kell csinálni, hogyan kell a beosztást elkészíteni, milyen adatokat kell ebből rögzíteni, stb. A legnagyobb megdöbbenésünkre a hölgytől az volt a válasz, hogy ő már 40 éve bérszámfejt, neki ne magyarázzunk, ő tudja, mert ő már 40 éve így csinálja.

Erre paff volt mindenki, mert mondtuk, hogy azóta bizony egy kicsit változtak a jogszabályok. Szóval néha ilyen banális dolgok miatt van az, hogy továbbra is, bár mondom még egyszer, ezt a legutolsó ügyeleti szabályt mi el tudjuk fogadni, javasolni is tudjuk a kollégáknak, meg is értetjük velük, jó lenne, ha a GYEMSZI egy olyan számárvezetőt vagy nem tudom, mit adna ki, ami az intézmények számára a jogszabály szabályos értelmezése alapján lefordítja, hogy mit kell tenni. Ehhez nyugodtan felhasználhatja azt az anyagot is, amit a kamara a minisztériummal egyeztetett. Jó lenne, ha erre vonatkozóan, mivel most végül is a 2003. évi LXXXIV-esbe is „besalátáztak”, esetleg ezt a kiegészítést valamilyen szinten

tegyük bele, hogy ezek a problémák megoldódjanak, mert vegyük észre, hogy egyre nagyobb az ügyeleti teher az egyre csökkenő személyzet számára. Legalább akkor egy tisztességes elszámolás is legyen meg, és én nem is feltételezem, hogy a menedzsment ottani vezetője bármiféle rosszindulattal állna hozzá, de azért mondtam el ennek a könyvelőnek vagy nem tudom, milyen humánpolitikai osztályvezetőnek a bejelentését, hogy tényleg lehessen látni, hogy néha milyen oka van. Nem feltétlenül a menedzsmentnek valamiféle „ki akarok tolni a dolgozómmal” című hozzáállása, hanem ez van, és a dolgozók most már elvárják, hogy az ügyeleti idejüknek minden részét tisztességesen számolják el, főleg az önkéntes órákat. Hiszen ahogy már többször jeleztem, ez a szolgálati időbe is beszámít, és egy rosszul elszámolt önkéntes órából szolgálati idő sem lesz, ami viszont a mai helyzetben egy igen érthetetlen és megmagyarázhatatlan negatív szankciót jelent az ügyelő orvosok számára, akik emberfeletti adagokban ügyelnek, mert vannak olyan osztályok, ahol gyakorlatilag a 365 napos ügyeleti terhelés kettő, maximum három emberre oszlik el. Aki életében dolgozott már az egészségügyben, és tudja, hogy mi az, hogy ügyelni, az pontosan tudja, hogy ez mekkora hatalmas megterhelést jelent, az egyébként 5,5 havi ügyeleti átlag helyett, ami „régén” volt, akkor körülbelül ennyi volt az ügyeleti átlag egy orvosra jutóan, most ennek a duplája, sőt van, ahol a triplája kell hogy jusson, mert nincs más.

Ezért kérem, hogy ezt egy picit egyértelműbbé lehessen tenni, esetleg gondolkodjon el a tárca, hogy ezt még be lehessen valamilyen formában hozni, vagy ha valamilyen módosító javaslat erre irányul, bár a Házsabály szerint módosítást csak arra lehet beadni, ami megjelenik a jogszabályban, nem tudom, hogy ezt a tárca hogyan tudná elfogadni. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdés, észrevétel? *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor megkérném államtitkár urat a válaszadásra.

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai az elhangzottakra

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Elnézést kérek, elnök úr, majd Cserhádi helyettes államtitkár úr is kiegészítené azt, amit én mondok, tehát így csináljuk.

ELNÖK: Természetesen.

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Igyekszem válaszolni, de tudom, hogy van, amit államtitkár úr majd jobban mond helyettem, és a konkrét kérdések mellett voltak olyan irányfelvetések is, vagy rákérdeztek, hogy mi hogyan viszonyulunk egy kérdéshez, akkor én ezt is mondanám hozzá.

Mindenekelőtt meg kell köszönöm azt, hogy több támogató szó elhangzott ezzel kapcsolatban, és szeretném jelezni, hogy ez elsősorban a munkatársaimnak, államtitkár úrnak és a mögöttünk ülő államtitkársági munkatársak erőfeszítésének köszönhető, hogy egy módszeres munka zajlik, még akkor is, amikor valami korábbi dolognak a korrekciójáról van szó. Tehát ezt egy pozitív visszajelzésnek tekintem.

Vettem a jelzést a betegadatokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban, a fogorvosok egy olyan kérdés, amit nekünk most meg kell lépnünk. Igazából a gyógyszerészekre koncentráltunk. Itt válaszolnék arra a kérdésre is, hogy ez az egészségügynek az egyik vitája, hogy most a gyógyszerész tanácsait vagy a felíró orvos útmutatásait kövessem. Azt tudom mondani, hogy egy világválság körülményei között fenntartani a gyógyszer-támogatási rendszert úgy, hogy közben a betegterhek csökkennek, ez nem volt egy egyszerű mutatvány, és ebben nagyon komoly szerepe van úgy a felíró orvosoknak, mint a gyógyszerészeknek. Tehát felvállaltak olyan terheket, hogy ne maradjon az ottani házipatikában fölöslegesen

gyógyszer, tehát a havi kiváltást bevállalták, vagy a generikus helyettesítést, amit anyagi ösztönzőkkel is támogattunk. Tehát nagy hálával tartozunk a rendszer fenntarthatóságáért azoknak a kollégáknak, akik a hétköznapi aprómunka mentén együttműködtek velünk, és azt látom, hogy nagyon sokan értik is, ami történik, és a panaszszavak mellett több visszaigazolást kapunk, hogy „értem, hogy mi a szándék, elfogadtam”. Tehát ezért is van csend ezen a területen.

Nem gondolnám azt, hogy nyakló nélkül adnánk át a kompetenciákat. Arra törekednénk, hogy az együttműködés legyen az egyértelmű. És akkor itt most egy nagyon fontos elemet hadd emeljek ki. Szerintem praktikus lenne most már eljönnünk a bizottság elé az elektronikus egészségügyi fejlesztésekkel, mert nagyon előrehaladott állapotba érkeztünk, és azt lehet mondani, hogy forradalmi áttörések előtt állunk. Ez például olyan dolgokat tesz majd lehetővé, hogy az új korai fejlesztési programban, ahol tulajdonképpen egy felhőszerű adattároló rendszer lesz a védőnői rendszer, azt a házi gyermekorvos, iskolaorvos, sőt egyfajta elektronikus oltáskönyv módján a szülő is tudja majd követni. Tehát ideje lenne számot adnunk arról, hogy miket tervezünk, úgyhogy az adminisztráció csökkentésében, a népegészségügyi adatokhoz való hozzáférésben egy előrelépés várható a következő egy-két év során.

De vettem a jelzést, hogy a kompetenciák korrekt hozzárendelésére duplán figyeljünk.

A szolgáltatási díj kapcsán, ami egy ösztönző lesz és a gyógyszerellátó rendszer fenntarthatóságát javítja, ott majd a népegészségügyi programban való részvétel is megjelenik, tehát próbálunk olyan dolgokat belecsempészni a rendszerbe, hogy a rendszer különböző szereplői egy közös egészségügyi, népegészségügyi célért dolgozzanak.

Az EEKH-adatok. Ha jól emlékszem, abban a tekintetben, hogy a túlmunkát rögzíteni kell, ebben nem tartalmaz eltérést a korábbi jogszabálytól. Ezt az uniós direktíva miatt rögzíteni kell. Ugyanakkor arra törekszünk, hogy az EEKH képes legyen minél szélesebb körben a foglalkoztatással kapcsolatos adatokat feldolgozni. Ez többek között azért van, mert a korábbi időszakban nem lehetett megmondani az egy főre jutó munkaterhelést, nem lehetett megmondani, hogy mennyire felelünk meg az uniós direktívának, vagy mennyire terheljük agyon a dolgozóinkat.

Itt utalnék a munkaügyi vagy az ügyeleti szabályozásra. Igen, az a cél, hogy a GYEMSZI által irányított vagy felügyelt összes egészségügyi intézményben egységes humánpolitikai gyakorlat vagy egységes bérszámfejtési gyakorlat alakuljon ki. Az alap erőfeszítések már megtörténtek, ez egy kis idő lesz, amíg ezt elérjük, de ez a végső cél, ezen dolgozunk.

Visszatérve még az adatokhoz való hozzáférésre, hogy egy nagyon komoly, egy forradalmi áttörésként értékelem nemcsak én, hanem értékeli a tisztiorvosi hálózat is, hogy TAJ alapján azonosítjuk, hogy ki vett részt szűrésen. Ez az alapját képezi annak, hogy meg tudjuk állapítani, hogy hol is van gond például a méhnyakszűréssel. Az, hogy nem mennek el, az, hogy nem megfelelő vagy ellenőrzött minőségben kapják ezt a szolgáltatást, vagy hibás tesztek vannak? Tehát ez a munka zajlik, és várható, hogy a jövőben egyfajta forradalom megy végbe ezen a vonalon és az már nemcsak a házi orvos számára létező vagy egy adott kórházi információs rendszerhez kötött lehetőség legyen, hogy a házi orvos a kórházban készült röntgenfelvételét is lássa a betegnek.

Ez ma már technikai lehetőség, akinek iPadja van, az meg tudja már ezt csinálni, de ez egy általános lehetőség kell legyen az ellátásban. Ez is az e-Health program része.

A táplálék-kiegészítők. A Btk.-ban büntethető lesz, hogy ha valaki gyógyszer-hatóanyagot rak bele az ő táplálék-kiegészítőjébe. Tehát ez egy előrelépés, és készül egy rendelet egy negatív listával ezekről a termékekről, kiegészítőkről. Nekem a kedvencem a Pote-mix Bummban lévő foszfodieszteráz-bénítító, amit ráadásul úgy reklámoznak, hogy „amióta a férjem kávéjába tettem, rendbejött a házasságom”. Tehát hogy egy ilyen fokozottan

veszélyes növényvédőszerrel oldja meg a családi problémáját valaki, ez önmagában abszurd. Bízom benne, hogy jól idéztem a terméket.

A személyi igazolvány, adminisztráció. Igen, tudom, hogy ez egy vonakodás, huzakodás. Mondom: a végső cél az, hogy ezt az összerendelő adatbázis segítségével fogjuk előállítani és szeretném jelezni, hogy a mostani egészségügyi kormányzat szakított azzal a korábbi kártyabiznisszel, ami minden ilyen elektronikus egészségügyi fejlesztési programba be volt varrva. Mi nem fogunk külön egészségügyikártya-rendszert csinálni, a személyazonosításra alkalmas bármilyen okmány alkalmas lesz a jogosultságra vagy az e-receptnél a receptek kiváltására.

Tehát ez a cél. Most egy átmeneti időszak van, amíg ez a kettősség fennáll. Igen, értem, hogy ez ott helyben gondot okozhat vagy konfliktust okozhat. Ne felejtjük el, hogy védett személy az egészségügyi dolgozó.

Azt hiszem, az utolsó, amire én akartam reagálni, ez a centralizációs törekvés. Azért ebben a centralizációs törekvésben már nyomokban felfedezhető egy decentralizációs törekvés is. Tehát most már például a kórházigazgatói egyeztetések térségenként zajlanak, tehát a térségekben az egészség, a betegút szervezése egy önálló, különálló feladat lesz, és az intézményfelügyelet is egyfajta térségi munkamegosztásban kell hogy végbemenjen a jövőben. Ugyanakkor ez a központosító erőfeszítés, amit képviselő úr lát, ez annak a megnyilvánulása, hogy egyszer rendet kell tenni. Ebben a salátában is vannak például olyan kitételek a nem nyilvántartott vagy a szüneteltetett kapacitásokról, ezt államtitkár úr tudja megmondani, hogy mit nyomozta ő, hogy hány ágy van, hány szüneteltetett ágy van, mi hol van, hol van olyan befogadási nyilatkozat nélkül jóváhagyott uniós fejlesztési kapacitás, ami egy fél év múlva a nyakunkba zuhan és gondoskodni kell a befogadásáról. Tehát igazából egy egyszeri rendrakás az, ami ezt vezérli, de egy hatékony decentralizációs folyamat is végbe fog menni, mert nem gondolom, hogy én az étkeztetés kapcsán jobban tudom, hogy melyik termelőtől érdemes vagy kivel érdemes szerződni az étkeztetés kapcsán. Ez egy banális példa volt, ezt szerintem ott helyben jobban meg tudják ítélni.

Tehát lesz ennek egy decentralizált struktúrája is, helyi jogosítványokkal. Tehát nem gondoljuk azt, hogy a központ mindenkinél okosabb, de ugyanakkor egységes elvek alapján, a bérszámfejtéstől a közbeszerzésig rendet kell tenni. Az első közbeszerzési folyamat, ami még csak a januárban átvett intézményeket érintette, ez a földgáz, mint energia közbeszerzését érinti, egymilliárdos megtakarítás állt elő csak a 49 kórházból, a következő az elektromos áram, az már 110 kórházra történik meg a következő év elején. A telefonnál az egységes központi közbeszerzésbe lépünk be, legutóbb, amikor néhány hete kérdeztem, 29 kórház volt benne, év végére 54-et ígértek, és mire az első szerződéses periódus lejár, 80 kórház egységes flottarendszerben fogja hívni magát ingyen.

Én úgy örököltem meg az országos intézetek flottaszerződéseit, hogy mindegyiknek ugyanannál a szolgáltatónál volt és nem volt összekötve. Tehát zajlik az, hogy az összes hatékonysági tartalékot visszaforgassuk bérekbe. A működőképesség fenntartása egy nagyon masszív aprómunka, rendezett elvek, de a decentralizáció, az értelmes munkamegosztás, a központi, térségi, helyi munkamegosztás kialakítása most van folyamatban. Tehát ennyit megnyugtatósnak.

Ugyanakkor azt szeretném jelezni, hogy rengeteg helyi problémát látunk, amit az egyes önkormányzatok a túlélésért küzdve különböző módon, kompromisszumokkal kezeltek. Most ez koncentráltan jelentkezik. Most van először lehetőség arra, hogy rendszerszinten kezeljük ezeket a problémákat. Eddig nem is látszottak ezek. Tehát egyfajta megértést hadd kérjek, hogy ez egy nagyon komoly szervezetalakító, rendszerfejlesztő munkafázis, amiben vagyunk, nem vagyunk centralizációmániások, hanem egyfajta transzparens, hatékony működésnek a feltételeit alakítjuk ki. Ennek értelemszerűen egy gazdasági világválság körülményei között a centralizáció volt az első vezetési lépése.

Tehát ezt így van értelme értelmezni. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Helyettes államtitkár úr!

Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Hölgyek és Urak! Csak egy-két dologban fogom kiegészíteni államtitkár urat, alapvetően talán bevezetésképpen azzal, hogy ez a salátaforma attól félek, hogy egy jó ideig meg fog maradni, csak három olyan tényezőt próbálok felsorolni a konkrét és ágazati pontosítási igények mellett, mint az európai uniós jogharmonizációs igény, amelyik folyamatosan jelentkezik. Ebből az anyagból csak három nagy témát kiemelek: a kozmetikai termékek szabályozása a jövőben európai uniós rendelet és nem irányelv alapján megy, ezt masszívan át kell vezetnünk a magyar joggyakorlatba. A kémiai biztonság gyakorlása is, vagy például a gyógyszerhamisításnak az előbb említett elvrendszere is most a törvényi, kormányrendeleti és rendeleti lábakkal egymás után év végéig és jövő évi hatálybalépéssel feladatunk, és ezek ilyen széles merítésben másképp, mint egy salátatörvényben, nehezen kezelhetők. Hasonlóképpen egy kormányzati program, a különböző kormányzati szervek, testületek felülvizsgálata, ennek kapcsán például az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács az, ami érintett, másképp kell a jövőben definiálni, vagy a kémiai biztonsággal összefüggő tárcaközi bizottság. Itt is egy ilyen igény merült fel, hogy törvényből kiemelni és kormányrendeletbe, kormányhatározatba áttenni. És van egy harmadik olyan program, a Magyar Zoltán, „Jó Állam Program”, amely tulajdonképpen adminisztrációs egyszerűsítés, az állampolgári hozzáférés javítása érdekében számos helyen, főleg az egészségbiztosítás tárgykörében hoz olyan elemeket, amelyek szintén törvényi, kormányrendeleti és rendeleti lábakkal folyamatosan mennek előre.

Ha még esetleg annyit meg lehet tenni, hogy egy-két olyan dolgot is kiemelni az anyagból, ami ezeken az igényeken és pontosításokon felül szerintem is jelentős. Például az egyéni vállalkozó egészségügyi szolgáltató esetében egy izgalmas folyamat az offshore, tehát az átvilágítható szervezet kérdése, és itt derült ki a joggyakorlás során, hogy az egyéni vállalkozóra ez nem alkalmazható, számos problémát szül. Tehát itt például pontosítani kellett a jogszabályt, hogy ez kire vonatkozzon, egy nagyon fontos politikai és ágazati szándék, azokra, akikre nem lehetne hogy vonatkozzon.

A gyógyszerészet-segédész-ellátás területén is számos jelentős, a szektor szereplőit érintő módosítás szerepel köztük, például a testi változással összefüggően nem kell az egész eszközt, csak az alkatrészt cserélni. Eddig erre nem volt lehetőség, egy sokkal rosszabb és drágább eljárás volt csak lehetséges erre a célra.

A javítás kérdésköre válik egyre izgalmasabbá, a nagyon magas költségek mellett ennek kapcsán pontosítások vannak a rendeletben, és például az is, hogy a tavaly megengedett betegfelvilágosítás, az úgynevezett Sejk-rendszer, ami eddig a gyógyszerészet-segédész-boltokban működött, működhessen a gyógyszer-tárakban is, hiszen ők ugyanúgy forgalmazznak segédész-közt, és eddig ettől el voltak zárva. Ez egy kontrollált beteginformációs és nem marketing tevékenység.

Vagy például a szanatóriumok fogalmával számos probléma van, nincs minimumfeltétel a szanatóriumoknak, az ott folyó tevékenység nem különböztethető meg a rehabilitációs tevékenységtől. A jövőben a szanatórium fogalmának átalakítása és a rehabilitációs ellátásokkal való összehangolása megint törvényi, kormányrendeleti és rendeleti szinten gyakorlatilag itt indul be.

Azt is hadd említsem meg, hogy a többször említett adatkezelésben a gyógyszerészek mellett két másik kör is érintetté válik, a GYEMSZI, tehát egy államigazgatási szerv is

jogosulttá válik az OEP mellett a TAJ kezelésére. Persze, a leírt módon egy kapcsolati kóddal és nem direkt módon, aminek nagyon nagy jelentősége van a betegút-szervezés, a betegmozgás, -követés tekintetében. A jövőben a térségi betegút-szervezésnek az az alapja, hogy az informatikai kapcsolat létrejöttön védett módon, és hasonlóképpen jelentős például a járványügy területén az a döntés, hogy a jövőben nemcsak a betegséget magát, hanem a kórokozót is be kell jelenteni, amit észlel a labor. De nemcsak az orvos kollégának, hanem a kivizsgáló bakteriológiai vagy egyéb labornak is be kell jelentenie, ha a kérdéskörébe tartozó, egy külön, most már új oszlopban felsorolt kórokozót észlel, és egy-két ilyen pontosítás is történt, például mondjuk öt olyan betegséget, köztük a leprát és a trachomát viszont kivezettük a táblázatból, aminek már hál' istennek a jelentősége kevésbé áll fenn.

Tehát számos ilyen, azért szakmailag is többletet jelentő elem is van ebben a csomagban.

Az elhangzott kérdésekhez talán kiegészítésül: a gyógyszerészek általi adatkezelés kérdésköréhez. Több mint 560 támogatott hatóanyag van jelenleg forgalomban, és ezen kívül tömegével OTC, tehát támogatáson kívüli gyógyszereket mind a patikában szolgáltatnak ki. De ennek fényében is tudjuk azt, hogy az Európai Unióban is a szekunder halálokok, illetve a szekunder károsodások egy jelentős részét a nem ismert gyógyszer-interakciók és a nem kellően feltárt mellékhatások jelentik. Azt gondoljuk, hogy minden olyan lépés, ami ezen a helyzeten segíteni tud, például a gyógyszerész a szakértelmével nemcsak a generikus körben, ahol másról is szó van, hanem az egyéb gyógyszerkörben, tehát az OTC gyógyszerkörben is hozzá tud járulni a biztonság növekedéséhez. Azt gondoljuk, hogy ez ezt a fajta problémát csökkentheti.

Annyi méltányosság van a rendszerben, valóban, hogy ennek az informatikai hatálybalépése április 1-je, tehát egy bizonyos felkészülési időszak szerepel a jogszabályban. Úgy tűnik, hogy a gyógyszertárak tényleg informatikailag jól felkészültek, a legutóbb például a hatóanyag, illetve a recepten való generikus névfeltüntetést is zökkenőmentesen többé-kevésbé tudták abszolválni, és valóban a fogász kollégiumtól jött jelzés erre nézve, hogy ők bizonyos szempontból továbblépést szeretnének, és nagyon masszívan jött viszont háziiorvosi körökből. Itt hadd pontosítsak, akkor kihasználva a lehetőséget, hogy a háziiorvosok tekintetében az 1997. évi XLVII. törvény 11. § (3) bekezdésében nekik ugyanez a jogosultságuk megvan. Tehát félreértés ne essék, nincs többletjogosultsága a gyógyszerésznek, hanem egy bizonyos jogosultsággal fog rendelkezni, amivel eddig a háziiorvos is rendelkezett, ha igénye volt erre.

Amit felvetett alelnök úr, a BV-adatok, ez egy új elem. Ez nem egy most létező módosításhoz kötődik, hanem ennek kapcsán felvetett – ha jól értem – problémafelvetés, hogy ezt is vizsgáljuk meg, de nem egy konkrét jogszabályhely kérdéssé tétele, hanem egy hiányzó szabályozás felvetése, ha jól értem. Akkor ezt visszük tovább.

Az OEP esetében ez az ezer forintos havi terápiás limit a méltányossági gyógyszerkasszájánál, nem ragozom, hogy mennyire túlfeszített ez a kassa jelen helyzetben, és ez nagyon sokszor egy ilyen döntésnél külföldről való beszerzést jelent másodlagosan, aminek a költsége gyakran többszörösen meghaladja ezt a határt. Persze, mi is értjük, hogy az nyilván bizonyos fajta korlátozásnak tűnhet, az eredeti igény ennél jóval magasabb összeg volt alsó határként, de ezt tényleg többször áttárgyaltuk, hogy próbáljuk az ésszerű, egyszerű adminisztratív szervezhetőség és pénzügyi egyenleg szempontjából elfogadható határon tartani és ez a döntés született, hogy ez a határ legyen.

Az elkülönített számlakezelés az elmúlt egy-két évben egyre erősödő ilyen problematikus vagy legalábbis megoldandó terület, hiszen az intézmények egy jelentős része állami kézbe kerül. Tehát nem is annyira az alapellátás, hanem inkább a fekvő- és járóbeteg-szakellátás területén érdekes az, hogy az E. Alapból érkező és a működést finanszírozó összegek az egyéb tevékenységekből származó bevételekkel összefuttatva, és ugyanakkor

például a szerződéses hitelállomány és egyéb tekintetben helyállóság vonatkozásában mit jelentenek, és nyilván mindannyiunknak célja az, hogy a közpénzből származó E. Alap bevételének védettsége maximális legyen. Itt valóban vannak viták, ez egy folyamat, ahol most pontosítások történnek, hiszen azért valóban a civil bankok jelzik azt, hogy számukra ez okozhat problémát a korlátozott jogkörök tekintetében, és ez még nem teljesen lezárt folyamat.

A működési nyilvántartásról azt hiszem, államtitkár úr beszélt. A személyzet titoktartására vonatkozóan tény, de állandóan ennek a feszültségnek a határán vagyunk, hogy meddig kezelhető a betegadat, és mikortól van például egészségpolitikai, szakmapolitikai, megbiztonsági határa annak, hogy ezt átlépjük. A gyógyszerészek esetében sajnos, szigorú szabályok vonatkoznak arra, hogy például a szexuális úton terjedő betegségek vagy a mentális betegségek gyógyszereit meg se nézheti, ezek az ATC-kódok ki lesznek zárva ebből a körből, csak egy évig nézheti vissza, meg dokumentálnia kell, a betegnek alá kell írnia, hogy megtörtént. A gyógyszerész nem töltheti le, nem rögzítheti az adatot, de azt a betegnek igazolnia kell, hogy ez így történt, csak az ő érdekében, az egyszeri betekintés tekintetében. Ezelőtt is a GYEMSZI-ben volt az említett módon, de ott például egy egyértelmű dekódolás történik egy kapcsolati kód kialakításával. Ennek ellenére az egészségügyi adatkezelési törvény, amelyik szabályozza, amit most több helyen érintünk, azért abban elég világos, hogy gyakorlatilag mindazok, akik a beteggel bármilyen kapcsolatba kerülnek az ellátás során beosztásuktól függetlenül, azokra vonatkozik ez a titoktartási kötelezettség, az adatmegismerés, és ez alól a beteg egyébként nyilatkozhat, hogy milyen körben nem kívánja ezt az adatmegismerést engedélyezni.

Ide tartozik az a kérdés, ami közben felmerült, hogy az egészségügyi társadalombiztosítási szerv által lefolytatott ellenőrzésnél az egészségügyi felsőfokú szakképesítéssel rendelkezőknél miért volt erre szükség. A jogszabályban ezen a helyen korábban csak orvos és gyógyszerész szerepelt. Az igazság az, hogy egyszerűen nincs ennyi orvosa és gyógyszerésze jelenleg az egészségbiztosítási hálózatnak, ezer okból, mint tudjuk, a gyógyításra sincs, nemhogy az ellenőrzésre. Ebben a helyzetben szabályozni kellett, hogy akkor ebben az esetben az adott szervnél az ellenőrzést továbbra is egészségügyi felsőfokú végzettséggel rendelkező végezze, de nyitni kellett a kört különböző ellenőrzésre, amit egyébként nagyon fontosnak tartunk mindannyian, gyakorlatilag ellehetetlenül, vagy legalábbis jogszabályilag bizonytalan helyzetbe kerül. Ez a magyarázata ennek a döntésnek.

A táplálék-kiegészítőkről is beszélt államtitkár úr, tehát hogy a Btk.-bűncselekmények közé tartozik gyógyszert például étrend-kiegészítőként adni. Az új Btk.-ban szerepel. Nálunk ez rendeleti szinten folyik ennek a szabályozásnak a pontosítása.

Bene alelnök asszony kérdésére a TAJ-kezelés kapcsán: az látszik, hogy a 2007. évi változások után is azért csak felére csökkent azok száma, akinél valamilyen probléma van a biztosítási jogosultság kérdésében. Ebben egy elem az, amit egyébként a mindennapokban evidensnek gondolunk, akár a bérletekre gondolunk, vagy akár ha a moziban mondjuk egy jegy kiváltására kedvezményt akar érvényesíteni, akkor be kell mutatni az igazolványt. Tehát azt gondoljuk, hogy ez a több milliárdos egészségügyi kassza felhasználáskor nem teljesen ördögtől való, hogy ez a jövőben jogszabályilag is elvárható.

Az is nyilvánvaló, hogy a sürgősségi ellátás kérdése egészen más, de a sürgősségi ellátási szabályok amúgy is egyébként ezeket a szabályokat felülírják. Az is persze életszerű, jelenleg birtokolnunk kell mindannyiunknak valamelyiket a három ismert dokumentumból, döntően tulajdonképpen, ha valakit az otthonából szállítanak mondjuk egy drámai akut sürgősségi esettel, akkor fordulhat az elő, hogy nincs nála az igazolvány, elvileg minden más helyzetben, munkahelyen, utcán, közlekedésben, közintézményben elvileg bírnunk kell az igazolványainkkal. De nem tűnik ez ilyen új korlátozást okozó tényezőnek.

Tehát a sürgősségi ellátás tekintetében ez semmilyen módon nem jelenthet változást. Azt reméljük, hogy nagyon sok olyan állampolgár él Magyarországon ma már, aki nem itt született, legyünk őszinték, ebben a körben, több tízezres körben az arc-beazonosíthatóság nem is megy már, hiszen egy kicsit más hozzáállást igényel. E tekintetben is célszerű az ilyen személyes megismerés helyett egy picit azért pontosítani azt, hogy a visszaéléseket, ha lehet, limitáljuk a TAJ-kártyával.

A fenntartói kérdés, amit Szilágyi képviselő úr tett fel az egyetemi klinikák kapcsán. Itt pont a struktúraváltásnál vált világossá az, hogy nagyon bonyolult helyzeteket kezd eredményezni az, hogy ezek az intézmények, pláne azzal, hogy vidéken hárman tudományegyetem keretében működnek, de nem önálló szakegyetemek, mint a Semmelweis Egyetem, bonyolult kérdéseket vetett fel a helyzet, hiszen amiről itt szó van, az kifejezetten és csak az úgynevezett szakmai fenntartói jogoknak egy bizonyos mértékű átcsoportosítása a miniszterhez. Tehát ez nem érinti az alaptörvényben is foglalt tanszabadságot, az intézményalapítási szabadságot, oktatási szabadságot, hanem kifejezetten az általuk alapított gyógyító intézmények kapcsán, hiszen például egy orvosi szempontból laikusnak mondható rektornak kellene akkor ebben a pillanatban nyilatkozni mondjuk egy területi ellátási kötelezettség kérdésében, vagy például a kapacitás-átcsoportosítás kérdésében. Rendszeresen előfordult az, hogy most az elmúlt hónapokban, amikor a struktúraváltás utáni helyzeteket igyekeztünk tisztázni, furcsa szituációk adódtak, hogy az egyetem mondjuk egy szomszédos városi kórházzal kellett hogy egyeztessen. Utóbbinak a GYEMSZI révén volt az állam a fenntartója, az előbbinek a minisztériumból.

Tehát nyilván ezt tisztázni kell. Ez valószínűleg egy hosszú folyamat lesz, mire az egészségügyi szakmai fenntartói feladatok, mire az oktatási fenntartói feladatok, mire például az uniós fejlesztési projektekkal - amelyek rendszerint kombinált projektek – összefüggő fejlesztési feladatok, és nem utolsósorban a költségvetési feladatok, ami megint egy harmadik államtitkárságnál van ebben a pillanatban a tárcánál, mert az egyetemek egyébként általában az oktatási államtitkársághoz tartoznak, mire ezeket elrendezzük. Ez az első olyan lépés, ami kifejezetten abban a paragrafusban felsorolt, azt hiszem, tíz pontban szabályozott, kifejezetten egészségügyi szakellátási feladat, kapacitás, területi ellátási kötelezettség, ezekre vonatkozzon, egy ilyen részleges jogátadás lehetőségét tartalmazza a fenntartótól a miniszter, mint fenntartó felé.

Ennél többet nem, tehát semmi egyéb jogot nem kíván ez érinteni ebben a pillanatban. Nem tudom, volt-e még olyan kérdés, amit nem válaszoltam meg.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szócska államtitkár úr!

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Elnézést, azt elfelejtettem, mert a végén szerettem volna, hogy úgy gondolom, hogy ez az egyetemek önállóságát nem érinti. Ez nem jelenti a klinikák kiválását az egyetemből, valahogy így fogalmazott képviselő úr, értelemszerűen az egyetemi egységek részei maradnak. Viszont az ellátás megszervezésének, az egészségszervezésnek néhány tekintetében egységesedik a fenntartói felelősség gyakorlása. Ennyi történik csak. Tehát ezt határozottan szeretném rögzíteni, hogy ez az egyetemek szervezetét nem érintő változás.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Megkérdezem a bizottság tagjait, hogy kielégítő volt-e a viszontválaszok köre, és maradt-e még valakiben kérdés a jelenlegi salátatörvényt illetően. *(Nincs jelzés.)* Köszönöm szépen.

Határozathozatal az általános vitára alkalmasságról

Amennyiben nincs, akkor köszönöm a kérdéseket, a kiegészítést és a válaszokat egyaránt. Az általános vitára való alkalmasságról döntünk az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslatnak, mely T/9065. számon van benyújtva. Aki az elhangzottak alapján általános vitára alkalmasnak találja a törvényjavaslatot, kérem, hogy szavazatával erősítse meg! *(Szavazás.)* Köszönöm szépen. Egyhangú.

Eszerint kisebbségi vélemény nem fogalmazódik meg. A bizottság többségi véleményének ismertetésére Hollósi képviselő urat kérném meg, amennyiben ez a bizottság tagjai számára is elfogadható.

Az általános vitára előreláthatólag a jövő héten kedden, a politikai vitanapot követően, délután 3 óra, negyed 4 magasságában kerül sor az előzetes program szerint. Megkérném a bizottság tagjait, hogy aki egyéb elfoglaltságát illetően megteheti, akkor az egészségügyi törvény általános vitájában minél nagyobb számban vegyünk részt.

Egyebek

Ezen túlmenően szeretném tájékoztatni a bizottság tagjait, az állandó meghívottakat és minden jelenlevőt, hogy a jövő héten az Egészségügyi bizottságnak kihelyezett ülése lesz 21-én, szerdán az Országos Egészségbiztosítási Pénztár épületében délelőtt 11 órakor. A meghívóval együtt a belépés intézéséhez kérésüket tolmácsolni fogjuk, időben kérném a választ ezzel kapcsolatosan.

Még egy fontos információt szeretnék önökkel megosztani. Budapest Főváros Kormányhivatala nevében Homor főorvos asszony az Egészségügyi bizottsághoz egy levelet juttatott el, melynek értelmében Budapest Főváros Kormányhivatala népegészségügyi szakigazgatási szerve a „Ne gyújts rá!” világnapot megelőző napon, a holnapi napon, 2012. november 14-én, szerdán, 9.30 és 16 óra között egészségnapot rendez az Országgyűlés Irodaházában a képviselők és az ott dolgozó munkatársak részére, melyre mindenkit tisztelettel meghívunk. Ennek az az indoka, és a helyszínválasztást az indokolja, hogy a képviselők és a bizottság igen nagy lépést tett a dohányzás visszaszorítása érdekében a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításával. Aki teheti, vegyen részt ezen a programon.

Megkérdezném, hogy valakinek van-e még a bizottság részéről bejelentenivalója. *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor megköszönöm mindenkinek a részvételt, és a mai bizottsági ülést bezárom.

(Az ülés befejezésének időpontja: 11 óra 06 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva