



Ikt.sz.: EGB/31-1/2013.

EGB-108/2013. sz. ülés
(EGB-86/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2013. május 21-én, kedden, 10 óra 10 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, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének meghallgatása</i>	5
<i>Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének szóbeli tájékoztatója</i>	5
<i>Kérdések, hozzászólások, vélemények</i>	11
<i>Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének válaszai az elhangzottakra</i>	23

Napirendi javaslat

1. Balog Zoltán emberi erőforrások minisztere meghallgatása
(Az Országgyűlésről szóló 2012. évi XXXVI. törvény 41. § alapján)
2. 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

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz)

Dr. Heintz Tamás (Fidesz)

Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)

Dr. Horváth Zsolt (Fidesz)

Dr. Iván László (Fidesz)

Dr. Daher Pierre (Fidesz)

Dr. Puskás Tivadar (KDNP)

Dr. Garai István Levente (MSZP)

Tukacs István (MSZP)

Hegedűs Tamás (Jobbik)

Dr. Kiss Sándor (Jobbik)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Puskás Tivadar (KDNP) megérkezéséig dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)

Dr. Nagy Kálmán (KDNP) dr. Puskás Tivadarnak (KDNP)

Hozzászólók:

Balog Zoltán emberi erőforrások minisztere

Jelenlévők:

Doncsev András parlamenti államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Dr. Beneda Attila kabinetfőnök (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Dr. Gógl Árpád volt egészségügyi miniszter

Dr. Török Krisztina, a GYEMSZI főigazgatója

Dr. Paller Judit országos tisztifőorvos

(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 2013. május 21-ei, keddi, mai, 10 órakor kezdődő ülésén. A napirendi javaslatot reményeim szerint mindenki megkapta. Két napirendünk van, kiemelten az első napirendünk Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének meghallgatása, mely törvényi kötelezettségünk, az Országgyűlésről szóló 2012. évi XXXVI. törvény 41. §-a alapján a szakminiszter meghallgatása minden bizottság törvényi feladata és kötelessége évente.

A második napirendi pontunk az egyebek és bejelentések lesznek.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes. Kérem, hogy szavazzunk a napirendről. Aki a napirend elfogadásával egyetért, kérem, azt igen szavazatával erősítse meg! (Szavazás.) Köszönöm szépen. Egyhangú.

Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének meghallgatása

Az első napirendi pont előadóját, Balog Zoltán emberi erőforrások miniszter urat nagy tisztelettel köszöntöm. Nagy tisztelettel köszöntöm munkatársait, Doncsev András parlamenti államtitkár urat, Szócska Miklós egészségügyi ágazatért felelős államtitkár urat, Beneda Attila kabinetfőnök urat, a minisztérium meghívott és jelen lévő képviselőit.

Tisztelettel köszöntöm Gógl Árpád volt egészségügyi miniszter urat, a köztisztviselői kamarák jelen lévő képviselőit és mindenkit, aki munkánkat figyelemmel kíséri.

Rá is térnénk a napirendi pontunk tárgyalására. Balog Zoltán miniszter úrnak adom át a szót. Miniszter úr, parancsoljon, önt illeti a szó!

Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének szóbeli tájékoztatója

BALOG ZOLTÁN emberi erőforrások minisztere: Köszönöm szépen a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Tisztelt Megjelentek! Ez nemcsak a bizottságnak kötelessége és lehetősége, hogy meghallgassa a minisztert, hanem a miniszternek is kötelessége és lehetősége, hogy megjelenjen a bizottság ülésén. Bár most lehet, hogy inkább az egészségügyi ellátást kellene kipróbálnom Magyarországon, úgyhogy elnézést kérek a hangomért, de így próbálok megfelelni itt a feladataimnak.

Ha a kormányzat szintjéről közelítünk az egészségügy nehéz és örömteli kérdéseire, a gondjaihoz, a bajaihoz és a lehetőségeihez is, akkor azt gondolom, hogy a széles megközelítés, a tág keretű megközelítés azt jelenti, hogy körülbelül három évvel ezelőtt alapvető változásokat indítottunk el, nemcsak az egészségügy területén, hanem minden olyan rendszernek az átalakításával, amely valamilyen módon az állam szolgáltatását vagy a szolgálatát jelenti a polgárok felé. Anélkül, hogy arról nem beszéljünk, hogy ebben az elmúlt 20 évben milyen rendszer alakult ki, nehéz megérteni, hogy mi is történt az egészségügyben. Igaz ez az oktatásügyre, igaz ez a közigazgatás ügyére vagy akár a nyugdíjrendszerre és számos más nagy állami ellátórendszerre, a változások lényege az, hogy a megosztott felelősség nem oda vezetett, hogy kétszer olyan felelősséggel törődünk az állam ügyeivel. Itt gondolok az állam ügyeiben a helyi államra természetesen, az önkormányzatokra és a központi államra, a kormányzat működésére, de a felelősség megosztásának a következménye inkább az volt, hogy elsikkadt, hogy kié is valójában a felelősség, és hogy az a fajta gazdálkodás vagy az a fajta gyógyítás, az a fajta egészségügy-szervezés, ami mondjuk adott esetben egy kórházra nézve, egy térségre nézve még jónak vagy megfelelőnek is volt mondható, az egész országos szempont, a nemzetstratégiai szempont sikkadt el.

Akkor lehet összehozni és akkor lehet koordinálni az egész rendszert úgy, hogy az valóban mindenkinek az érdekét szolgálja, ha egy olyan központi irányításba, egy olyan

központi fenntartásba kerülnek ezek a rendszerek, ahol a felelősség egyértelmű. Ezt a felelősséget el is vállalják, és az ebből következő feladatokat végre is hajtják.

Ezért volt olyan döntő dolog az elmúlt időszakban elsősorban és első körben a fekvőbeteg-ellátásnak az állami fenntartásba vétele, először a megyei kórházaknál, aztán a városi kórházaknál, hiszen így van lehetőség egy olyan központi, országos koordinációra, aminek nem végső soron, hanem már rögtön a folyamatnak az elején a betegeknek, a gyógyításnak az érdekeit kell szolgálni.

Az ellátórendszer átalakításának alapvetően ez volt a célja, hogy hatékony legyen az egészségfejlesztés, az egészségvédelem, valamint megfelelő legyen az egészségügyi ellátórendszer. Ennek az átalakításnak a sarokpontjait a Semmelweis-terv rögzítette.

A feladatok egy részének a végrehajtása már megtörtént, a többi feladat végrehajtása pedig folyik. Ezekre komoly uniós és hazai források állnak rendelkezésre. Nyilván itt a bizottságban értelemszerűen és mindenkinek a munkájából következően elsősorban a gondokról fogunk beszélni, és úgy gondolom, hogy az egészségügyi kormányzat, államtitkár úr személyesen is abban mindig élen járt, hogy sohasem kendőztük el a problémákat, hanem nevének neveztük őket, és úgy próbáltunk rajtuk változtatni.

De azért mégis mondanék egy olyan számot, amiről nem szabad elfeledkeznünk, hogy miközben a rendszer megörököltén az elmúlt 60 évnek, az elmúlt 20 évnek a bajait viseli magán, és én emlékszem még az 1990-es első választási kampányra, hogy volt egy olyan párt - nyilván már sokan nem is emlékeznek a nevére -, amelyik azzal kampányolt, hogy rendbe tesszük az egészségügyet, ez bizony, sokáig váratott magára. Tehát ehhez a rendszerhez hozzányúlni, radikálisan hozzányúlni az bizony, nagy kockázatot jelent, és hogy talán ez mégsem hozott kudarcot, az annak is köszönhető a munkavégzésen túl, hogy az elmúlt időszakban az Új Széchenyi Tervben, ahogy az európai uniós és a magyar forrásoknak az összekombinálásából létrejött fejlesztéseket nevezzük, 439 egészségügyi beruházás valósult meg, illetve van folyamatban, ami 223 milliárd forint pluszt jelent az egészségügy számára.

Ilyen mérvű, ilyen mértékű nagy átalakulás, infrastrukturális átalakulás 60 év óta nem volt a magyar egészségügyben, tehát szerintem érdemes ezt a számot mindenképpen megjegyezni. 439 egészségügyi beruházás, 223 milliárd forint.

Tehát miközben számos területen az egészségügy alulfinanszírozással küzd, valahol ebből következően - nyilván önök sokkal jobban ismerik ezt a mechanizmust, mint én - bizonyos helyzetekben pazarló módon tud csak működni, aközben egy ilyen pluszforrás-bevitel, még ha az nem is a működésről szól, hanem arról, hogy a működés aztán gazdaságosabb legyen, úgy gondolom, hogy az mindenképpen említést érdemel.

A méretgazdaságossági szempontokat próbáltuk figyelembe venni, a rendelkezésre álló struktúra és betegelvándorlási adatokat elemeztük akkor, amikor kialakítottuk az egészségügy szervezés fő egységeit, amiket egészségügyi térségeknek nevezünk.

A progresszív ellátórendszer kialakítása a Semmelweis-terv célja, hogy valóban minden gyógyító folyamat, minden gyógyító tevékenység azon a szinten, és azok között a keretek között valósuljon meg, amelyik a legoptimálisabb a beteg szempontjából és az ellátórendszer szempontjából, tehát átláthatóbbnak kell lennie, összehangoltabbnak, egyértelmű betegutakat kell kijelölni, a hozzáférést pedig úgy kell javítani, hogy minőségi betegellátást biztosítsunk.

A progresszív ellátórendszer megvalósításában az átalakított szakmai kollégiumi rendszer nyújtott támogatást az egészségügyi kormányzatnak, meghatározásra kerültek azok a kevés esetszámot érintő, de igen magas költségű, valamint speciális szaktudást vagy speciális műszerezettséget igénylő orvosi tevékenységek, amelyek centralizáltan szervezve a leghatékonyabbak.

Ezek szellemében a kidolgozott orvosszakmai szempontoknak megfelelően térségi szinten jelöltük ki a különböző szerepű ellátóhelyeket, megvannak azok a centrumok,

amelyek az ellátás szinte teljes vertikumát nyújtani képesek, ugyanakkor lakosságközeliek maradtak a szakma által meghatározott olyan ellátások, amelyek aktív fekvőhátteret nem igényelnek.

Ezek alapján 14 kórházban történt funkcióváltás, több helyen pedig profiltisztításra került sor. A funkcióváltó intézmények esetében a korábban ellátott tevékenységeiket, járóbeteg-ellátás vagy egynapos sebészet, illetve krónikus rehabilitációs formában végzik. A profiltisztítás során néhány szakma esetében megtörtént az ellátás áthelyezése az előbb említett formák valamelyikébe. Az átalakulási folyamatban az ellátások racionális átszervezése többmilliárd forintos megtakarítást jelentett, ha jól tudom, ehhez megkapták a megfelelő táblázatokat is, hogy ezeket a számokat megismerjék.

Az új struktúrához illeszkedő finanszírozási rendszer fokozatos bevezetésével hatékonyabbá vált a forrásfelhasználás.

A fekvőbeteg-szakellátás kötelezettségének állami átvállalása is megtörtént, ahogy említettem, így lehetőség nyílt az ellátórendszer átfogó átalakítására. Az érintett egészségügyi intézmények több szakaszban meghatározott ütemezéssel kerültek állami tulajdonba, létrejött az úgynevezett GYEMSZI, a Gyógyszerészeti Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, ők azok, akik az állam, a kormányzat részéről költségvetési szervként az állami fenntartásba vett kórházaknak a menedzselését végzik.

Az állami feladatátvétel egyik pozitív hozadéka, hogy a kórházi gyógyszer- és orvostechikai eszközbeszerzést össze tudjuk hangolni, így az hatékonyabb lesz, átláthatóbb lesz, transzparenssebb, amelyben a beszerzés nagy mennyiségére és a valódi verseny megteremtésére tekintettel – ahogy említettem is – jelentős megtakarítások érhetők el.

Fontos megemlíteni azt is, hogy az intézmények struktúraátalakítása keretében lehetőség adódott – azt hiszem, ez a bejelentés még várat magára – az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet létrehozásával a pszichiátriai és addiktológiai szakellátás megerősítésére és fejlesztésére. Úgy gondolom, hogy ez egy nagy adósság azok után, hogy az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet szégyenletes módon az előző kormányzat bezárta, hogy ennek a szakmai centrumnak az újbóli létrehozása, annak a szakmai munkának a pótlása, ami nélkül nem működhet ez a terület, mégiscsak megtörténik.

Persze, tisztában vagyunk azzal, hogy minden rendszer, így az egészségügyi ágazat tartópillérei is csak akkor tudnak működni, ha az abban dolgozók valóban áldozatosan végzik a munkájukat és a lehető, az elérhető legjobb körülmények között dolgoznak, és ehhez elsősorban arra van szükség, hogy megfelelő létszámban álljanak rendelkezésre. Ezért különösen fontos volt a kormányzatnak az, hogy azokat az intézkedéseket meghozza, melyek az egészségügyből a dolgozóknak, elsősorban az orvosoknak, de az ápoló személyzetnek és az egészségügyi dolgozóknak az elvándorlását próbálja mérsékelni, és mondhatjuk azt, hogy a migrációs hajlandóság valóban most először, 2011-ben már mérséklődött is. Bevezettük a rezidensek részére az úgynevezett hiányszakmáknak járó támogatást, ösztönözve ezzel a szakorvosjelölteket a hiányterületeken történő elhelyezkedésre. 2011-ben hirdettük meg első alkalommal az úgynevezett rezidenstámogatási program keretében a Markusovszky Lajos és a Than Károly ösztöndíjakat, ezeknek a havi nettó 100 ezer forintos juttatása biztosítja a szakorvosjelölteknek, hogy amennyiben vállalják, a szakvizsga megszerzését követően legalább az ösztöndíj folyósításának megfelelő ideig Magyarországon végezzenek egészségügyi tevékenységet.

Nagy volt az érdeklődés ez iránt a program iránt, úgyhogy ezt 2012-ben is folytattuk, és az elmúlt évben megkezdődött egy átfogó egészségügyi ágazati bérfejlesztés, ami ha kiteljesedik, akkor több mint 90 ezer egészségügyi dolgozót és egészségügyben dolgozót érint, az alapellátásban dolgozóknál pedig, akik más rendszerben működnek, ott pedig a finanszírozási díj 14 százalékos emelésével próbáltuk az első lépést megtenni. A háziorvosi

praxisok esetében az úgynevezett kártyapénz emelkedett így, egy-egy praxis átlagosan havi 70-80 ezer forintos többletbevételben részesülhet ezzel.

A fogászati ellátásban is emelkedett az alapidő, és az iskola-egészségügyi ellátás finanszírozására is megemeltük a forrásokat 14 százalékkal. A védőnői ellátásban a gondozottak létszáma alapján számított pontérték szerinti díjazás is emelkedett, így az egy főre jutó védőnői szolgálat díjazása átlagosan havi 25 ezer forinttal lett több. Nyilván nemcsak a tárcához, hanem önökhöz is megérkeztek azok a jelzések, amelyek azt mondják, hogy a 14 százalékos finanszírozásidő-emelés összegét az önkormányzatok – fogalmazzuk finoman – eltérő módon használták fel, ami azt jelenti, hogy ritkán jutott el béremelésként a védőnőkhöz. Nyilván ez egy olyan ügy, amin dolgoznunk kell a Magyar Védőnők Egyesületének bevonásával. Ha szabad a védőnői munkához még egy olyan plusz kommentárt is tennem, hogy a magyar védőnői szolgálatot joggal lehet hungarikumnak nevezni és ennek a megújítását, ennek a megerősítését különösen fontos kormányzati feladatnak tartjuk, ezért létre is hoztunk a minisztériumon belül erre egy miniszteri biztosi intézményt, és bízom benne, hogy mindannyiuk örömére szolgál, hogy éppen az önkormányzatok egyik tagját kértük fel erre a feladatra, Bábiné Szotzfried Gabriellát.

A 2012-ben megkezdett bérfelajánlási folyamat folytatásaként ebben az évben bejelentettük a következő béremelési szakaszt, amelyik első körben egy 30 milliárd forintos felhasználható költségvetési forrást jelent. Próbáltuk azokat az egyenlenségeket most pótolni, illetve súlyozni, amelyek természetesen az előző évi bérfelajánlásnak mondjuk a hiányosságai voltak. A tervezet alapján jelentősebb emelésben részesülnek azok a dolgozók, akik az előző évi béremelésben kevesebbet kaptak vagy kimaradtak, a diplomás szakdolgozók béremelése az egyéb diplomásoknak megfelelő mértékre egészül ki, az egészségügyi intézményekben dolgozó gyógyszerészek pedig az orvosokéval megegyező mértékű emelést kapnak, és a szakorvosok is részesülnek további béremelésben. A szakorvosképzésbe lépés és a képzés teljesítésének szabályai egyes területeken egyszerűsödnek, hogy folyamatossá tegyük a szakorvosképzésbe történő belépést, rugalmasabbak lettek ezek a feltételek a különböző területeken. A szakorvosok esetében új képzési formaként bevezettük a licenszképzést is.

Az egészségügyi ágazat humán erőforrás-fejlesztését részben uniós forrásokból támogattuk 15,6 milliárd forinttal, ezek a pályázatok hozzájárulnak az egészségügy területén a foglalkoztatás elősegítéséhez, a képzésben történő részvétel megkönnyítéséhez, az egészségügyi dolgozók képzettségi szintjének javításához, valamint az ellátás színvonalának növekedéséhez.

A beérkezett pályázatok alapján 98 egészségügyi szolgáltató kapott támogatást szakdolgozói továbbképzésekhez és motivációs ösztöndíjakhoz, továbbá 69 további egészségügyi szolgáltató számára tettük lehetővé a hiányszakmában történő foglalkoztatást, és az új munkakörben dolgozó egészségügyi szakdolgozók elismerését.

És ahogy már említettem vagy utaltam rá, a megtett intézkedések eredményeként 2011-ben több mint 200 fővel növekedett az előző évhez képest a szakorvosi képzésbe belépők száma, az ösztöndíjprogramnál minden évben túljelentkezést tapasztaltunk, és 2012-ben csaknem 100 fővel csökkent a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványt kérőknek a száma. Ez azért nagyon fontos, mert hazánk Európai Unióhoz csatlakozása óta először csökkent a külföldi munkavállaláshoz bizonyítványt kérők száma az előző évekhez képest.

Jelentős források álltak és állnak rendelkezésre elsősorban TIOP-forrásokból a struktúraváltás támogatására. Itt kiemelném az Országos Mentőszolgálat támogatását, amelyik bizony 2008-2011 között semmilyen pluszforrással nem rendelkezett. Itt a mentés területén összesen 3 milliárd forintos forrást biztosítunk, ez 120 darab új mentőkocsi megvásárlását jelentette már és még van többre lehetőség, összesen 200 darab mentőautót fogunk vásárolni

még ennek az évnak a végéig. Aláírtuk azokat a támogatási szerződéseket, amelyek az új mentőállomások létrehozását jelentik, 22 új mentőállomás építése indul el, és 65 rossz műszaki mentőállomást újítunk fel.

Tavaly decemberben egy 2,5 milliárd forint összegű európai uniós támogatással elindítottuk a kora gyermekkori programot, amely 0-7 éves korosztályig, különösen is a kiemelten hátrányos helyzetű gyermekek optimális fejlődésének a támogatását biztosítja. Az egészségügyi szempontjából nyilván háttér munkát jelent, de különösen nagy energiákat fordít az egészségügyi ágazati államtitkárság az informatikai fejlesztésekre, hiszen az államnak az a gyengesége, az a gyenge pontja, hogy a mind a mai napig nem látható és nem láthatja azt, hogy hol, milyen gyógyítás történik, hogyan alakulnak a betegutak, hogyan folyik az orvosi tevékenység. Ez a gyengeség eredményezte azt, hogy a fehér foltok feltárásában és a különböző gyógyító szolgálatok összehangolásában is nagy hiányosságok voltak, úgyhogy ezekhez az informatikai fejlesztésekhez nagy reményeket fűzünk.

Talán néhány mondatot hadd mondjak még a jövőről is. A népegészségügyi mozgósítás éve lesz 2013. Egy olyan átfogó programról, egy olyan átfogó népegészségügyi programról beszélünk, ami a szűréstől az infrastruktúra megújításáig az egész rendszert átfogja majd.

Néhány szót talán érdemes váltani a dohányzás visszaszorítása érdekében tett intézkedésekről. Úgy gondolom, hogy még a nemdohányzókat is, különösen azokat, akik érdekeltek a kormány sikerében - és gondolom, mindannyian ezek közé tartozunk -, megrémisztette talán az első körben az a határozottság, ahogyan elsősorban a vendéglátó intézményekben és a közterületeken, illetve a közintézményekben igyekeztünk visszaszorítani a dohányzást. Úgy gondolom, hogy ennek a jó tapasztalatai a félelmeket nem igazolták, hanem ellenkezőleg: azt igazolják, hogy ma Magyarországon ezeknek a törvényeknek a szigorításával a lakosság 85 százaléka egyetért, tehát úgy gondolom, hogy ezt mindenképpen egy pozitív eredménynek tekinthetjük, és ebben az ügyben még tovább is akarunk lépni.

Említettem már a védőnői szolgálatot. Itt elindítottuk a méhnyakszűrő mintaprogramot, közel 300 védőnő végezte el a szükséges továbbképzést, és több mint ezer védőnő fogja megszerezni az ehhez szükséges tudást és gyakorlatot. Kezdeményeztük, hogy a méhnyakszűrés a védőnői alapképzésnek a részévé váljon, az új feladat a területi védőnői feladatokról szóló jogszabályba is bekerült már, és 2015. május 1-jétől minden védőnő jogosult lesz ezt a tevékenységet végezni a körzetében, aki megszerezte ehhez a szükséges képzettséget.

Vannak itt még további mintaprogramjaink is. Talán valamit a rendelet-, illetve törvényalkotásról szólnék még. A krónikus, nem fertőző betegségek prevenciója, a gyermekkori elhízás megelőzése érdekében széles körű szakmai egyeztetést követően lehetővé vált, hogy elkészítsük a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló EMMI-rendelettervezetet. Ez a minisztériumnak nagyon fontos, és ebben nagyon jól együtt tud működni részben a Vidékfejlesztési Minisztériummal, akik az egészséges – mondjuk így – fogyasztóbarát élelmiszereknek az előállításában érdekeltek, az iskolával, tehát az oktatási államtitkárságunkkal, a szociális államtitkársággal, hiszen a különösen rászoruló gyermekek körében az első számú egészségmegőrző és egészség erősítő tényező a közétkeztetés. Tehát ebben az ügyben egy jó együttműködés bontakozik ki.

A szív- és érrendszeri betegségek prevenciójának elemeként elkészítettük az élelmiszerekkel bevihető transzsavak mennyiségének korlátozásáról szóló miniszteri rendeletet is, aztán a kötelező tüdőszűrés rendszerének az átalakítására is megteremtettük az új szabályozókat.

Akkor még hadd beszéljek néhány szót a gyógyszerügyről, a gyógyszerárak ügyéről. Fontos, kiemelt célunk volt, hogy megállítsuk a gyógyszerpiac liberalizálódását. Erre 2011. január 1-jétől indítottuk el ezt a programot. Korlátozódott a gyógyszerláncok további

kiepítésének lehetősége, a tulajdonosi körből kizárásra kerültek az offshore cégek, a határidőhöz kötve megindult a többségi gyógyszerészi tulajdonon alapuló gyógyszerár-működtetés megvalósítása. Remélem, hogy hamarosan itt a rendelkezésre álló forrásokkal együtt el tudjuk indítani ezt a programot, amit az illetékes kamarával annak idején egyeztetünk, és ezen kívül szigorítottuk a marketing tevékenységek szabályozását a gyógyszerárakban.

Ez egy kísérlet lesz, amihez kérném mindannyiuknak a támogatását, hogy sikerül-e a privatizációs folyamatok ellenében fellépve - úgy látom, hogy Európában ilyen kísérlet még nem volt - újra a gyógyszerészeket helyzetbe hozni, ahol a gyógyszerláncok a liberalizációban voltak érdekeltek.

A kórházak körében tapasztalt gazdálkodási problémák kezelésére szolgál a gyógyszerek, orvostechikai eszközök és fertőtlenítőszeres egységes, központosított közbeszerzési rendszere. Ennek alapján 2013-ban több mint 60 hatóanyag esetében indul el az országos közbeszerzés. Talán erről még majd érdemes beszélni, hogy milyen területeken indítunk olyan országos közbeszerzést, amely lehetővé teszi az árak leszorítását. Azt hiszem, hogy ezzel kapcsolatban is rendelkezésre áll önöknél egy táblázat, amelyik mutatja, hogy hogyan is indultunk tovább, a már előbb említett patikaalapra, amelyik a patikáknak a patikusok általi részbeni visszavásárlását eredményezi, 2013. január 1-jétől 4,5 milliárd forintot fogunk biztosítani.

A betegtájékoztatók hatékonyságának a javítását szolgálja a gyógyszerészeknek az a kötelezettsége, hogy írásban dokumentált módon tájékoztatják az olcsóbb készítményekről a betegeket, és ezen a területen 2013 áprilisától - tehát egy egészen friss intézkedésről van szó - bővültek a gyógyszerészek kompetenciái a betegek tájékoztatása terén, és ehhez biztosítottuk a költségvetési forrásokat is.

Az elmúlt években az egészségügyi intézmények több alkalommal kaptak konszolidációs támogatást, 2010 végén 27,5 milliárd forintot, 2011 decemberében 21 milliárd forintot. Ezen kívül a kormány 27 milliárd forint támogatás biztosításáról is döntött annak érdekében, hogy az egészségügyi intézmények tovább csökkenthessék lejárt szállítói tartozásaikat.

2012-ben a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók, figyelembe véve az intézmények állami tulajdonba-vételével és struktúra-átalakításával kapcsolatban felmerülő költségeket, egyszeri támogatást igényelhetek. A tavalyi év utolsó napjaiban több jogcímen kiutalt, összesen 26,6 milliárd forintos többletforrást a szolgáltatók felhasználási köztartozás nélkül kapták, így azok szállítói tartozás kiegyenlítésére is fordíthatók, és ebből jutott 200-200 millió forint az Országos Mentőszolgálatnak és a betegszállítóknak is az üzemanyag-költségek növekedésének kompenzálására.

2013-ban az otthoni szakápolás, illetve az otthoni hospice-ellátás díjait is megemeltük, így az otthoni szakápolás díja 3200 forintról 3380 forintra, az otthoni hospice-ellátás napidíja pedig 3840 forintról 4056 forintra változott. Korábban már beszéltem a házi orvosi praxisok finanszírozásának az emeléséről, de fontosnak tartom megemlíteni, hogy emellett több más intézkedést is tettünk az alapellátás helyzetének javítása érdekében. Itt egy szimbolikusnak tűnő intézkedést külön kiemelnék, amit szeretnénk mindenképpen folytatni, ez a praxisváltási program, annak a praxisváltási alapnak a létrehozása, ahol kísérletképpen először 300 millió forint értékben írtunk ki pályázatot a praxisok váltására, és már nagy részére szerződéseket kötöttünk ezekkel az orvosokkal. Ez azt jelenti, hogy ha valaki azért nem tudja eladni a praxisát, mert nincs fizetőképes kereslet rá, hogy megvegyék, akkor segítünk a praxisjog megvásárlásában. A támogatható pályázatok 25 százaléka érintett hátrányos helyzetű kistérséget, és ezzel azt is elértük egyébként, hogy ezekben a praxisokban az orvosok átlagéletkora, akik ellátják ezeket a praxisokat, jelentős mértékben csökkent, tehát sokkal fiatalabb orvosokat tudtunk így helyzetbe hozni, mint azok, akiket kiváltottak.

Létrejött az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ, amelyik központi hivatalként ellátja a betegek jogainak hatékony védelmét, és letéteményese az ellátotti és gyermekjogi védelemnek is.

Még talán utalnék az Eurotransplant és az Országos Vérellátó Szolgálat között 2011 novemberében megkötött előzetes együttműködési megállapodásra. Az a folyamat, ami ezzel elindult - lassan befejeződnek a tárgyalások és az Eurotransplant teljes jogú tagságát el tudjuk érni -, garantálja majd azt, hogy 2013. július 1-jétől teljes jogú taggá válhatunk. Mindez a magyar betegek érdekeit szolgálja, hiszen egy sokkal nagyobb merítésből lehet majd hozzájutni a betegeknek a szükséges gyógyításhoz, transzplantációhoz. A megállapodás keretein belül biztosított a jogszerű, biztonságos, szigorú, egységes szabályok között zajló, átlátható és nyomon követhető nemzetközi szervcsere. A nagyobb populációból történő megfelelő donor kiválasztásával és az ennek alapján várható sikeres szervátültetéssel javul a betegek életműködése és túlélési esélyei.

A hosszúságot igyekeztem gyorsabb beszéddel kompenzálni, és szívesen várom a kérdéseket. Köszönöm a figyelmet.

ELNÖK: Köszönöm szépen, miniszter úr. Tisztelettel köszöntöm Török Krisztinát, a GYEMSZI főigazgatóját és Paller Judit országos tisztifőorvosnőt.

A korábbi évek miniszteri meghallgatásai gyakorlatához hasonlóan azt kezdeményezném a bizottság irányába, hogy egykörös legyen a kérdések, észrevételek megtételének a lehetősége. Én ezt szeretném megerősíteni azzal is, ami azt jelenti, hogy kérdéseket, észrevételeket, véleményeket és mindent egyben fogalmazzunk meg, egy körben. Így tettük ezt a korábbi miniszteri meghallgatások kapcsán is.

Ennek ellenére kérném, hogy aki ezzel egyetért, erősítse meg kézfelemeléssel ezt a felvetésemet. *(Szavazás.)* Köszönöm szépen.

Ezt követően az alelnök asszonyt, az alelnök urat és a képviselő urakat illeti a kérdésfeltevés, véleményezés lehetősége, majd ezt követően a miniszteri viszontválaszra kerül sor.

Annyit szeretnék kérni, hogy ha lehetne, hogy a kérdéseket koncentráltan miniszter úr irányába tegyék fel. Tessék parancsolni! Garai képviselő úr!

Kérdések, hozzászólások, vélemények

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Miniszter Úr! Államtitkár Úr! Szakemberek! Egy rövid emberi, szakmai és szerintem normális politikai megjegyzést hadd tegyek. Tehát orvosként és magyar emberként azt kell kívánnom önöknek, nektek, hogy munkátok sikeres legyen, mert ez a betegek és az egészségügyi dolgozók alapvető érdeke.

Természetesen azt kell mondanom, hogy bizonyos próbálkozások, ezeknek egy része egyértelműen pozitív volt, ugyanakkor azért elnézést kell kérnem, számos olyan negatív észrevételt is mondok, amit majd remélem, hogy a későbbiekben sikerül helyretenni.

Miről volt itt szó? Például az intézményekről. Az előző uborkasaláta-törvény alkalmával is szó volt az egyetemek önállóságáról, és itt azért van egy olyan rossz hírem, hogy az egyetemi struktúrák átalakítása vagy meghatározása, és itt nemcsak az anyagi forrásokra gondolok, hanem a gyógyító struktúrával kapcsolatosan is valamilyen módon, valamilyen mértékben az egyetemi önállóság azért vissza lett fogva. Nekem nagyon sok professzor barátom is van, évfolyamtársam, és most már nemcsak a fiatal emberek, a fiatal orvosok vagy szegény orvosok a kis fizetés miatt mennek el Magyarországról, hanem van olyan barátom, aki azt mondta, hogy ha olyan struktúrában kell neki dolgozni, ahol a szakma szabályai szerint és az orvosi eszközök híján nem tud beteget meggyógyítani, akkor elmegy

külföldre dolgozni. Ha kell, akkor a Fülöp-szigetekre vagy Új-Zélandra vagy Kanadába megy, bárhová, ahol a szakma szabályai szerint lehet embereket gyógyítani.

Itt egy konkrét kérdésem is volna a debreceni egyetem rektorválasztásával kapcsolatban. Ez egy másik fajta önállóság visszafogása. Tudomásom szerint, különböző információk szerint Paragh György 75 százalékos támogatást kapott az egyetemi tanácstól és a szenátustól, nem is egy fordulóban és Szilvássy professzor lett jelölve ennek ellenére rektornak, de ezt majd megtudjuk. Ha már Debrecennél vagyunk, akkor áttételesen elindítok egy másik témát, mert tudomásom szerint - ott is van ismerősöm, még rokonom is, aki onkoradiológiával, tumorterápiával foglalkozik - ott egy ilyen tumorterápiás, diagnosztikus és terápiás beruházás elindult, és ennek a folyamata valamilyen formában lelassult. Ha erre kapok egy pozitív választ, akkor ennek örülni fogok.

Itt van egy elég szomorú statisztika. Itt lehetne mondani azt, hogy Magyarország jobban teljesít, és azért ez is az egészségügyi struktúrával függ össze, hogy a rosszindulatú daganatos betegek halálozása a különböző nemzetközi, WHO és magyarországi statisztikák alapján 43 százalékkal magasabb az uniós átlagnál. Itt több ilyen dokumentum van.

Ez összefügghet a térbeli és időbeli hozzáférés ilyen, amolyan korlátozásával. Sajnos gyakorló orvosként is találkoztam már olyan esettel, olyan beteggel, akinél a különböző diagnosztikus várólisták okán a tumoros betegség gyakorlatilag már kinőtt a szervezetéből, tehát nem is kellett mondjuk CT-t sem csinálni, hanem csak rá kellett nézni, és már látszott rajta, hogy áttétei vannak. Tehát azért ebbe az irányba is érdemes volna szerintem továbblépni.

A kórházi adósságról talán annyit, hogy örülök ezeknek a számoknak, ezeknek a 26-27 milliárdos számoknak, de nagyon hiányzik nekem Halász államtitkár úr, aki most nincs itt. Mondjuk én javasoltam, hogy talán érdemes volna leváltani, mert államtitkár úr miniszter úrhoz viszonyítva abszolút nem értett szerintem semmiféle egészségügyi szakmai kérdéshez, de azért a meganyolcévészben abszolút profi volt. Tehát akkor én is nagyon röviden azért meganyolcévésznek.

Gratulálok a mostani fejlesztésekhez és a kórházi adósságállomány csökkentéséhez, de itt vannak a legfrissebb statisztikák, hogy a gyógyító, ellátó szakintézményeknek 33 milliárd forint az adósságuk, a gyógyító ellátást végző egyetemeknek pedig 12 milliárd, és akkor itt van a Pécsi és a Szegedi tudományegyetemnél egy 5 és egy majdnem 5 milliárdos adósságállomány.

A meganyolcév alatt volt egy olyan év vége, amikor 54 milliárd forintot kaptak az egészségügyi intézmények adósságcsökkentésre, itt a listán pedig az van, hogy a költségvetési szervek adósságállománya 2010-ben 20,5 milliárd volt, itt pedig 72 milliárdnál tartunk. Tehát miniszter úr, akkor ezt a jóindulatú szándékot, amit itt nekünk elmondott, ezt a gyakorlatban még talán jobban fel kellene pörgetni, arról nem beszélve, hogy az államosítással itt van ez az adósságállomány, ahol ha összeadjuk a 33 milliárdot és a 12 milliárdot, az 45 milliárd, az önkormányzatok ennek a dupláját adták évenként fejlesztésre és működési költségekre is a különböző egészségügyi intézményeknek, annak ellenére, hogy az utóbbi természetesen nem volt egy törvényi kötelezettség, de ha kellett, azért az önkormányzatok sok áldozatot hoztak. *(Dr. Puskás Tivadar felé fordulva:)* Gondolom, polgármester úr, nálatok is volt ilyen.

Akkor a meganyolcévvel és a beruházásokkal kapcsolatban ennek örülök, de azt azért elmondanám, hogy csak Bács-Kiskun megyében a meganyolcév alatt 20 milliárdos beruházás volt. Itt az első mondatom politikasemleges volt. Ott szokott ülni Zombor Gabi barátom, gyerekkori barátom, együtt kosaraztunk, ő is orvos, én is orvos vagyok, és a meganyolcév alatt közösen nyertünk Kecskemétnek és Kiskunfélegyházának címzett állami támogatást 3,1 milliárd forintot, közösen csináltuk a pályázatot és együtt vittük be a minisztériumba.

Tehát azt mondom, hogy ő is képes erre, és én is, azt mondom, hogy most is. Tehát ha van jó ötlet, lesz jó ötlet, azt meg szoktuk szavazni. De a kórházi struktúraváltással

kérdezhethetném, hogy egyrészt a különböző médiumokban igen negatív híreket hall az ember, de a parlamentben is elhangzottak különböző vélemények. Itt mondanám például a tapolcai kórházat, a kazincbarcikai kórházat vagy a kiskunfélegyházi kórházat, mert az elmúlt időszakban a struktúraváltással azért bizony sajnós a gyakorlatban észleltem olyan eseteket, hogy valaki nem ért oda időben Kecskemétre mondjuk tőlünk, és az letális következménnyel járhatott.

Tehát ebben is a későbbiekben nyilvánvalóan további pályázati összegekben reménykedünk, a struktúra ilyen jellegű változtatásával.

El kell azt is ismerni, hogy bizonyos mértékű fizetésemelés is volt az egészségügyben. Itt most nézek egy táblázatot, hogy Szlovákiában jelen pillanatban a duplája a kezdő orvosok fizetése, mint Magyarországon. Addig, amíg nekem is a betegek élnek a városomban és a barátaim, ezt már a múltkor mondtam, hogy a nettó 6 ezer eurós állásajánlatért se megyek el Franciaországba, még akkor sem, ha nem leszek képviselő.

Tehát hihetetlen állásajánlatok vannak. Miniszter úr és államtitkár úr említették, hogy tavaly bizonyos értelemben csökkent az orvosvándorlás, de most itt a legújabb statisztikákat is megnéztem, hogy az első három hónapban sajnós visszaállt az eredeti tendencia. Tehát a tavalyi minimális csökkenés után az idén már az első három hónapban csaknem félezer egészségügyi dolgozó, 300 orvos és gyógyszerészek és egyéb szakdolgozók is elindították a kitelepülést Magyarországról különböző, jobban fizető munkahelyekre. További béremelésre lesz majd szükség.

Itt már látom, hogy a kollégám itt fogja mondani, amiről szó volt az előző uborkasaláta-törvény alkalmával is, hogy az alapbéremelésekkel kapcsolatos változtatást támogatnánk, ami a különböző egyéb plusz kiegészítő díjaknak, ügyeleti díjaknak és egyéb díjaknak az emelését is lehetővé tenné, mert itt jelen pillanatban ezeknek az alapértéke a régebbi, csökkentett fizetések, és az orvos kollégák és mások is ezt azért elég komoly módon kifogásolják.

És akkor még egy dolog, a gyógyszerkassza. Azért különböző statisztikai adatokat olvasok, hogy a receptek 10-20 százalékát azért a betegek időnként nem tudják kiváltani. Ezt sajnós, gyakorló orvosként is tapasztalom, hogy ez bizonyos értelemben sajnós helytálló. Tehát azért azt is tudjuk, hogy a Széll Kálmán I., II. tervben csaknem 400 milliárd forinttal lett elviekben csökkentve a gyógyszerkassza. Jó, utána egy kicsi vissza lett belőle operálva, de azért ez egy igen jelentős csökkentés volt, ami jelentős mértékben csökkentette a betegek hozzáférését.

Arról nem beszélve, hogy ezzel a vakliccettel rengeteg, több száz gyógyszer forgalma került ki. Az kétségtelenül igaz, hogy ezt hasonló hatóanyagú gyógyszerekkel lehet kompenzálni vagy kicserélni, tehát erre szoktam mondani, hogy az emberi szervezet azért annyira csodálatos (*Dr. Iván László: Kibirja!*) és negatív is, hogy bizonyos, mondjuk 5-10 százalékban a hatóanyagcsere nem mindig hatásos, sőt mondjuk a mellékhatások felerősödésével még különböző problémákat is okozhat. Tehát ezt azért szintén figyelembe kellene venni orvosszakmai szempontból.

Köszönöm szépen. Még egyszer azt kívánom, hogy minél sikeresebb legyen a kormányzati tevékenység a betegek és az egészségügyi dolgozók érdekében. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Iván professzor úr!

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Tisztelettel köszöntöm a megjelent miniszter urat és a stábját. Meg kell mondanom, hogy az első mondatom a köszönet, illetve az elismerés. Augiász istállója egy szerény kifejezés, ami volt hosszú távon, előzőleg. Úgy tűnik, hogy az egészségügyi rendszeren belüli súlyos gócokat érintő kérdésekben az áttekintés megtörtént, és

elindult egy olyan tisztázó, rendező és fejlesztő magatartás és gondolkodás a minisztérium, illetve a miniszteri rendszer részéről, aminek feltétlenül örül mindenki.

A magam részéről azt látom, hogy vannak bizonyos kitorési lehetőségeink, ugyanakkor vannak olyan dolgok, amelyekről érdemes szót váltani, illetve érdemes a programok kialakításában, az éves programok és a következő középtávú programok szempontjából figyelembe venni.

Az egyik ilyen köszönet tulajdonképpen a magam részéről szakmailag az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet végre, hál' istennek a kialakításának a ténye, hogy ez megindul. Óriási problémát jelentett. Ilyenkor a veszteségekről és arról, hogy mi történt annak következtében, hogy ezt felszámolták, nem szoktunk és nem is illik beszélni, de azért ennek megvannak a maga statisztikai háttérbeli adatai. Nagyon sok probléma adódott, visszaesések, szuicídiumok stb.

A nagy globális statisztikai adatokban ezek nem kerülnek előtérbe. Tehát üdvözölhető, szükséges, fontos. Magyarország a két világháború között élen járt, hogy megalakította az ideggondozó hálózatot, az 1920-as évek második felére mindenhol kialakultak az ideggondozók, és kialakultak olyan dolgok, amelyek ma már nem egészen úgy működnek, nem is kell hogy úgy működjenek, ezek az úgynevezett pszichiátriai betegek ápolási telepei, Dicsőszentmárton, stb., hadd ne folytassam. Ez világviszonylatban, európai szinten egyaránt példamutató volt, és ide jártak tanulmányutakra, és a mi könyveinkből tanultak az európaiak, nyugat-európaiak.

A következő néhány kérdés azonban úgy hiszem, mindannyiunk közös ügye, közös gondja. Az egyik a várólisták. Tudom, hogy a várólistákkal kapcsolatosan elindult valami, de a várólisták egyelőre, sajnálatos módon megvannak. Ennek a hátrányát, hogy milyen következményekkel járnak, a statisztikák majd mérik és kimutatják, de ez tűrhetetlen.

Tűrhetetlen azért is, mert sajnós a várólistákkal, mint mindennel vissza lehet élni. Ezek a visszaélések persze nem a mai témánk és nem is a mai megbeszélésünk, de miniszter úr és stábjá irányába azért feltétlenül fel kell vetnünk azt, hogy van egy sajátos malomjáték az egészségügyben. Én tényleg régóta, sok évtizede látom, ismerem ezeket a dolgokat. Ez azt jelenti, hogy ezek a bizonyos el nem választott magánpraxis, magánosított praxis, állami és magánpraxisok egymásba kapcsolódásából származó problémák. Mondok egy nagyon egyszerű példát.

Eljön a beteg vagy a panaszos, még nem tudom, hogy beteg-e, és azt mondja, hogy kérem, én önnel szeretném megvizsgáltatni magam, területileg odatartozik, ez és ez a panasz. Akkor azt mondja az illető, akihez fordult, hogy kérem, itt nagyon hosszú várakozási lehetőség mellett tudom csak fogadni, illetve a problémáját kivizsgálni. De jöjjön el három nap múlva a magánrendelésemmre, a magánrendelésemmre jelentkezzen be, még meg is adja a telefonszámát, és akkor ott majd megbeszéljük a dolgot. Elmegy a magánrendelésére, 10-12-13-15 ezer forintot befizet a titkárnőnél, és ott megkapja azt a lehetőséget, hogy akkor egy pár nap múlva menjen vissza a kórházba, a klinikára vagy bármelyik egészségügyi intézetbe, ahol az illető orvos dolgozik, és akkor ott majd megbeszéljük, hogy akkor mikorra tűzzék ki azt a következő lehetőséget, hogy ha műtetre van szükség, ha egyéb vizsgálatra van szükség, hogyan csinálják; állami intézményben, állami pénzből, állami árammal, állami időben.

Ezzel a nagy várólistának mondjuk a 38. vagy nem tudom, hányadik helyéről automatikusan előbbre is kerül, és két hét múlva megtörténik a műtét. Hál' istennek nem általános, de gyakori.

Ezért ezt a problémát nekünk kezelni kell tudnunk, mert megalázó, mindenkinek megalázó. Tehát ebből a szempontból ez egy olyan modellje a problémáknak, amely a malomjátéknak, a csiki-csukinak sajnálatos hátterét és alapját szolgálja.

A másik megjegyzésem a paraszolvencia. Évtizedek óta küzdünk a paraszolvenciával kapcsolatosan, úgy, mint a sofőrök, az éttermi felszolgálók szempontjából mindig becsukta az

állam a szemét, és azt mondta, hogy olyan alacsony a hivatalos bérük, hogy ne figyeljünk oda, bedugják azt a pénzt ide, oda, amoda. A paraszolvencia méreg minden szempontból. Olyan méreg, amelyik demoralizálással a mindennapi ellátó rendszerben az ellátás minőségére, a betegek vonatkozásában pedig veszélyeztetően hat. Tehát most hallottam, hogy a hallgatói önkormányzat új vezérkara megpróbál a paraszolvenciával valamit kezdeni, de azt hiszem, hogy egyedül nem lehet rájuk számítani, mert ehhez kell egy állami elkötelezett program, kormányzati, morálisan alátámasztott program, ami meg is valósít valamit.

Nálunk a legnagyobb probléma mindig is az volt, régebben is, hogy mindig utánfutó-szervizelésünk volt. Tehát amikor már a baj bekövetkezik, akkor megpróbáljuk nagy elánnal és nagyon lelkiismeretes háttérrel megoldani. Meg kell előzünk. Most már évtizedek óta nem tudtuk ezt biztosítani, tehát a paraszolvencia kérdése nem másodlagos, nem harmadlagos kérdés, hanem elsődleges kérdés.

A következő nagyon kínos kérdés a természetgyógyászat. Már maga a kifejezés is ostoba, tudjuk nagyon jól, régóta szóvá tettem már, nem a természetet gyógyítjuk, hanem a természetben lévő és a természeti dolgokkal szeretnénk gyógyítani. De a természetgyógyászat olyan lett, mint egy hatalmas óceán, amelyben minden előfordul, a moszattól kezdve a személig, rettenetes probléma.

A természetgyógyászatnak a PR-tevékenysége olyan intenzív lett és olyan hatalmas nemzetközi háttérrel és hazai – hogy is mondjam – PR-alrendszerrel működik, hogy a hiszékeny vagy a kiábrándult vagy a nem fogadott ember panaszaival elmegy a természetgyógyászhoz. A természetgyógyászaton belül, függetlenül attól, hogy megvan az oktatási lehetőség, megvan a felsőoktatásban a helye, megvan az úgynevezett elfogadott protokollok listája és a módszerek is, rendet kell teremtenünk. Nem lehet hagyni! A természetgyógyászatban annyi hiba, annyi visszaélés, annyi probléma, és sajnálatos módon a hiszékenység vámszedése történik, amit nem hagyhatunk a továbbiakban, még akkor sem, ha sokan fogják szívni a fogukat, még ha sokan fognak átkozódni is, de meg kell oldanunk.

Egy nagyon fontos problémának látom a betegjogi képviselők ügyét, mert kétségtelen, hogy most lesz ez a betegjogi centrum, de a kórházakban, egészségügyi intézményekben a betegjogi képviselőnek nagyon fontos lenne a minőségét is és a hatékonyságát is valahogy fejlesztenünk. Nagyon sok helyről érkeznek hozzám kérdések betegek, idősek, fiatalok részéről egyaránt, hogy keresik a betegjogi képviselőt és nem találják.

A betegjogi képviselő lenne az az összekötő „messenger” talán, akinél az elsődleges panasz megjelenhet az intézményen belüli ügyekkel kapcsolatban. Ha a főorvost, a professzort nem találják, az ápolók váltanak, tehát nem azt találják, egyszóval nagyon sok gondot jelent, és sok minden megelőzhető lenne, ha ez a betegjogi képviselői rendszer ismét vagy még inkább dolgozni, tevékenykedni és működni tudna.

Kétségtelen az is, hogy a házi ápolás – nem a házi gondozás, hanem a házi ápolás – kérdése komoly válságon esett át. Volt egy óraszám, ami alapján ezt biztosították, és ha azon felül kellett a házi orvos mellett működő ápolónőnek teljesíteni a betegnél otthon, a lakásában, akkor volt egy top, és a top után már intézménybe utalás történt.

Az intézménybe utalásnak az idősek ellátásában, krónikus ellátásban, a gondozó intézetekben pedig volt egy kifutási ideje, és a várakozás ott is egy pár naptól, ami ritka volt, egy pár hónaptól egy évig is kiterjedhetett. Tehát a házi ápolással kapcsolatosan nagyon fontos lenne áttekinteni, főleg a házi orvosok mentén is, a szakorvosi konzíliumok szintjén is, hiszen erről ma már alig-alig beszélünk, valamikor ezek működtek.

Befejezésképpen egy nagyon fontos dolgot szeretnék megemlíteni. Kétségtelen, hogy a gyógyszerkasszák végesek, a gyógyszerkasszák behatárolnak sok mindent, a gyógyszerkassza nem egy végtelen valami, de egy biztos, hogy az orvoslási, gyógyszerrendelési szokások és a gyógyszerrendelésen belül, egy-egy praxison belül vagy egy-egy szakma területén belüli felírások nem kapcsolódnak össze még most sem úgy, hogy

pragmatikusan, célszerűen, takarékosan és hatékonyan tudjanak dolgozni. Rendkívül sok gyógyszert írunk fel. A rendkívül sok felírt gyógyszernek a mellékhatásairól már nem is beszélek, hogy kettő, három vagy négyféle, ötféle vagy hétféle gyógyszer felírásával a beteget súlyosan veszélyeztetjük, de ez nem választódik szét, nem lehet levonni a tanulságokat.

Tehát amit felírt az orvos vagy felírnak az orvosok vagy felír a klinika vagy a kórház, azt kiadja a gyógyszerész.

Az egy másik dolog, hogy a különböző készítmények közötti árréskülönbségek miatt egyáltalán nem mindegy, hogy a betegnek mibe kerül, és egyáltalán nem mindegy, hogy milyen következménye lesz a többféle gyógyszernek. Arról már nem is szólok, hogy Magyarországon az a közel 3 millió idősödő, időskorú ember megkapja a gyógyszerreceptet, kiváltják neki vagy ő maga kiváltja a gyógyszert, és otthon ezekkel a gyógyszerekkel nem tud mit kezdeni, nem is tudja elolvasni. Tudom, hogy ez pitiáner dolognak tűnik kívülről, de belülről, a mindennapi életben a betegek számára hihetetlen problémát jelent, másrészt óriási pazarlás. Ezeknek egy részét vagy kidobja vagy otthagyja vagy nem lesz belőle hatékony gyógyszerelés és terápiás program.

Elnézést kérek, hogy ennyi mindent felvettem, de be is fejezem és nagyon szépen köszönöm, hogy meghallgattátok, és a jövőben igyekezzünk segíteni, mert óriási lehetőség van. Nagyon komolyan mondom és nagyon komolyan vélem, hogy óriási előrelépés történt az elmúlt években, az elmúlt három évben különösen. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen Iván professzor úrnak, az 56 éves orvosi diplomájával óriási tapasztalata gyűlt össze és ezért is köszönjük a reflexiót.

Gyenes Géza alelnök úr!

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Miniszter Úr! Én őszintén mondom, amikor ön átvette a tárca vezetését, akkor én őszintén vártam, hogy az előző tárcavezetéshez képest – bár csak a tárcavezető személye változott valójában – azért elindul egy olyan folyamat, amit akkor egy kicsit úgy éreztünk, hogy lassan indul be vagy sehogy sem.

Kétségtelenül az ön által elmondottak alapján látható, hogy nagyon sok fontos eredményt, részeredményt vagy nagyvonalakban is eredményeket értek el, amiért önt és a tárcáját feltétlenül dicséret illeti, még egy ellenzéki képviselőtől is. Persze, én nem azért vagyok itt, hogy csak dicsérjem önt...

BALOG ZOLTÁN emberi erőforrások minisztere: Csak nyugodtan! Ne fogja magát vissza! (*Derültség.*)

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Elnézést kérek itt ezért a szemtelen dicséretért, de most már akkor a másik része következik (*Derültség.*), mármint nem a dicséretnek, hanem éppenséggel azoknak a kritikáknak. Lehet, hogy a kritikáim túl részletkérdéseket firtatnak, de ön végül is ezt a tárcát vezeti, és bevallottan nem orvosként vezeti, tehát nyilvánvalóan a részletkérdésekre nem biztos, hogy fog tudni válaszolni.

De nem is ez a lényeg, hanem szeretném felhívni a figyelmét bizonyos részletkérdésekre.

Itt ül Gógl Árpád volt miniszter úr is, azt hiszem, ő boldog lehetett volna, hogy ha az ő idejében el tudott volna indítani egy ilyen többlépcsős folyamatot, amit béremelésnek vagy életpályamodell-javításnak, mindegy, hogy minek hívunk, neki ez akkor millió okok miatt nem sikerült, ez mindenképpen feltétlenül dicséretes.

Az, hogy most miért 30 milliárd lett ebben az évben az eredetileg tervezett 50 milliárd helyett, jó, erre is biztosan megvannak a válaszok, de én azért hiányolom ezt a körülbelül 20

milliárdot ebből az eredeti elképzelésből, mert a bérfejlesztéssel kapcsolatosan még igazából nem sikerült minden problémát elrendezni. Bár a 95 ezret közelíti azoknak az egészségügyi és egészségügyben dolgozóknak a létszáma, akik kapnak fejlesztést, de azért miniszter úr is tudja, hogy az egészségügyben körülbelül 150 ezren dolgoznak.

Tehát itt azért még vannak elmaradások, és természetesen ezek közé tartoznak a rettentően fontos nem egészségügyi dolgozók, de az egészségügyben dolgozók közül a kórházakban lévő technikai személyzet, és itt nemcsak a parkgondnokokra gondolok, hanem azokra a technikusokra, mérnökökre, akik nélkül a mai egészségügyi technikai felszereltség nem működhet. Tehát gondolkodni kellene, hogy ők is minél gyorsabban kapjanak. Nagyon remélem, hogy ez a folyamat végül is nem egy ilyen egyszeri ügy lesz, hanem ez egy folyamat lesz, és nagyon remélem, hogy a jövő évben a költségvetési tárgyaláson boldogan fogjuk megszavazni akár a 100 milliárdos fejlesztési összeget is.

De most még egyelőre itt tartunk, és azért sajnálatos, hogy hiányzott ez a 20 milliárd, mert részben, akiket mondtam, azokat is lehetett volna ezzel kompenzálni. Bár ezt elmondtam a salátatörvény általános vitára való alkalmasságával kapcsolatosan, akkor államtitkár úrtól egy elég burkolt kritikát kaptam, hogy ilyeneket vetek fel, és ez egy magas labda, amit le lehet ütni, mert mit szól a társadalom. Én azt mondtam, az ügyeleti díjak befagyasztását már képviselőtársam is említette, ezért mondok konkrét számokat. Az a szakorvos, aki ebben a két évben nagyon helyesen – és nagyon nagy örömmel lehet ezt nyugtázni – több mint százezer forint béremelést kapott, az ügyeleti díj befagyasztása miatt a havi ügyeletidíj-veszteség, ha csak 6-8 órát ügyel, és az most egyáltalán nem ritka, hiszen nagyon kevés a létszám, akkor ezek az orvosok átlagosan olyan 80 ezer forint körüli mínuszban vannak, azaz annyival kevesebb lesz, ha kiszámolom erre a 105-106 ezer forintra az órabért, és a különbözetet odaadnánk, ennyi a veszteség.

Tehát azért a kollégáink tudnak számolni, és az a megjegyzés, hogy itt nem biztos, hogy ezzel sikerül csökkenteni, én nem mondom, hogy ez olyan rettentően sok, de azért alapvetően ez mégiscsak egy csökkenést jelent.

Erre kaptam azt, hogy miért kell ezt mondani, hiszen a társadalomnak hogyan adjuk el, így is nehéz eladni, hogy az orvosok igen, a többiek nem. A tárcának nagyon nagy lehetősége van megmagyarázni a társadalomnak, hogy egyrészt ha elmennek az orvosok és a szakdolgozók - az ügyelőket is beleértem -, akkor nem lesz egészségügyi ellátás. Tehát 1:0 a tárca javára, ha ezt a társadalommal megérteti. Plusz meg lehet értetni a társadalommal azt is, hogy ezek az emberek azzal, hogy a létszám gondok miatt, főleg vidéken vannak ilyen létszám gondok, emberfeletti terheket vállalnak, ezt úgy mond meg kell becsülni, hálálni és örülni kell, hogy még ilyen lehet. Ezt is elmondhatná a tárca, nemcsak az emberek sárga irigységére kellene hatni, és nemcsak hogy túlterheltek, alulfizetettek is, bár itt most mondjuk elindult a javulás, és ilyen statisztikai adatokat el lehet mondani, hogy az orvostársadalomban a férfi orvosok és a női orvosok halálozási aránya azért alacsonyabb az egyébként is nagyon rossz magyar halálozási arányokhoz képest, mert ezek az embereknek az életformájuk a túlterheltség. Az, hogy az orvos házaspárok együtt maradásában miért van annyi gond, miért van annyi válás, bizony, itt is belejátszik, hogy mert ügyel a férj, ügyel a feleség, sose találkoznak se egymással, se a gyerekekkel. Szóval ezeket a dolgokat el kell mondani a társadalomnak, és akkor talán a társadalom nem fog haragudni, hogy az ügyeleti díjak befagyasztását feloldva, mondjuk egy 20 milliárddal ezt a kérdést is lehetett volna rendezni.

Más. Önök egy nagyszerű, megmondom őszintén, hogy tényleg forradalmian nagyszerű, jó ügyeleti jogszabályt alkottak nem olyan régen. Ezt most őszintén mondom, nagyon jó, ahhoz képest, ami eddig volt. A bajom ott van, és itt ül a GYEMSZI képviselője is, ezt a kérdést hozzá is intézem, most ő irányítja gyakorlatilag az egész egészségügyi ellátás menedzsmentjeit, hogy úgy mondjam. Persze, vannak kórházigazgatók, de a GYEMSZI fűjja a passzátselet, ő mondja meg, hogy merre van az előre.

Ezeknek a nagyon jó ügyeleti jogszabályoknak - nyilván miniszter úr nem tudja - a végrehajtásával komoly gondok vannak, és nem azért, mert a jogszabály végrehajthatatlan, hanem vannak olyan berögzülések, és persze anyagi okai is vannak, amikor az egészségügyi intézményekben még mindig olyan problémával és olyan kijelentésekkel találkozunk, persze nem a kórházigazgatók részéről, mert ők mindent igyekeznek megtenni, de mondjuk olyan bérszámfejtő részéről, aki közli az érdekképviselettel, aki ez ügyben éppen tárgyalni megy hozzájuk, hogy kérem, én 40 éve így számolom az ügyeleti díjakat, így fogom ezután is, mert így tudom, és szerintem ez a jó. Akkor az ember néz nagyokat, hogy miért nem úgy minősítik az ügyeleti órákat, ahogy a jogszabály előírja, és miért nem úgy számolják el, ahogy a jogszabály előírja.

Itt a hangulatjavításnak nagyon nagy szerepe van, a bérfejlesztés is inkább hangulatjavító, mert azért még a mértéke nem olyan, de hangulatot lehet úgy is fokozni, hogy az ügyeleti díjakat tisztességesen, a törvénynek megfelelően fizetem ki, illetve úgy alkalmazom az ügyeleti jogszabályokat, mert ne felejtjük el, hogy az önkéntes órákból most már a kollégáknak - régen is így volt, csak nem számolták el jól - szolgálati idejük is képződik.

Tehát ezeket ki kellene használni, és tényleg, ha már egyszer így szól a jogszabály, meg is kellene jobban valósítani, és bizony egységesen kellene az összes magyarországi állami tulajdonú kórházban ezeket a kérdéseket kezelni.

Más. A praxisjoggal kapcsolatosan. Én nagyon örülök, hogy a miniszter úr elmondott egy pár szót, és elnézést, én a szavaiból azt vettem ki, hogy azért csináljuk meg ezt a 300 milliós praxisalapot megint – hogy ez most elég vagy nem, ezen ne vitatkozzunk, az elv a fontos -, mert az az orvos, aki nem tudja eladni a praxisát és szegény ledolgozta az életét, és tudjuk jól, hogy az alapellátásban körülbelül 1600-an dolgoznak jóval a nyugdíjkorhatár feletti időszakban, ez a praxisalap arra szolgálna, hogy az az orvos, aki el akar menni és nincsen vásárlóképes kereslet, azaz nincs fiatal orvos, aki a helyére beálljon, el tudja adni a praxisát. Sajnos, azért ez elég jellemző az eddigi 150 vagy hány százmilliós költséssel szemben, hogy valóban egy praxisalapot létesítsünk, ami lehetővé teszi, hogy az orvos, aki elmegy nyugdíjba, az valóban fel tudja venni a magántulajdonát, hiszen a praxisjog egy anyagi jog, ami az orvosnak személy szerinti magántulajdonát képezi.

Itt rögtön van egy gondom: tökéletesen jól sikerült megváltoztatni a praxisjogról szóló törvényt, a 2000. évi II. törvényt, nincs is semmi bajom vele, még a kártalanítási klauzula is belekerült. Csak az a baj, hogy a kormányrendelet végrehajtásánál ilyeneket lehet olvasni: ha a nyugdíjas orvos hat hónapig nem tudja eladni a praxisjogát, akkor a magántulajdona, ami szentség, amit az alaptörvény is véd, az olyan, mintha telkem lenne vagy bármim, az elenyészik.

Eddig a halott orvosnak enyészett el, illetve a hozzátartozónak az ide fűződő joga. Azt még el is lehetett fogadni, de hogy az élő, szerencsétlen nyugdíjba ment orvosé is, aki nem tudja eladni a működtetési jogát, azt nem. Pont azért lenne jó, és nem tudom, hogy a praxisalap fogalma alatt ugyanazt érti-e ön, mint amit én, amit öntől hallottam, hogy ebből a praxisalaphoz ki lehet elégténi azokat az orvosokat, akik most nem tudják eladni.

Nyilván ha ezt egy koncessziós jogként kezeljük, akkor az itt bevételezett praxis, aminek még nincs gazdája, de működtetési jogot vagy praxisjogot kell szerezni, majd ebben az esetben folytatásra kerül, és majd a praxisjogot az új orvos a koncessziós alaptól, illetve a praxisalaptól fogja kvázi megvásárolni. Hiszen ezt írja elő a törvény, hogy a praxisjogot vásárolni kell.

Gondolja el, hogy azoknak az orvosoknak milyen sértő és bántó a magántulajdon szentségéhez fűződő jogának a semmibe vétele, aki nem a jogszabály ereje alapján kapta a praxisjogát 2000-ben, hanem mondjuk 2008-ban vásárolta a praxisát, mondjuk 6 millióért, akkor még voltak ilyen el nem ítéhető ügyletek, ma már elég ritkán fordulnak elő.

Más. A nyugdíj mellett munkát végzőknek a kérdése. Itt is végül is a kormányzat megtette azt, hogy lehetett mentesítést kérni, és úgy tudom, hogy nagyon sokan kaptak mentesítést, főképp ott, ahol a kórházvezetés is indokoltnak találta. De azért bátorodom megjegyezni, hogy az volt a miniszterelnök általi ígéret, miszerint a nyugdíjkiesést, mert most nem kapják a nyugdíjukat és a kapott bért, amiért a nyugdíj mellett dolgoztak, ezt valahogy megpróbálják úgy összehozni, hogy ne legyen vesztesége.

Nem tudom, lehet, hogy én vagyok a hibás, és ez egy alacsonyabb rendű jogszabály, mert hozzánk a törvények kerülnek, én még nem láttam olyan bármilyen alacsonyabb szintű jogszabályt, ami ennek a pénzügyi megoldását mutatta volna meg, hogy ez hogyan fog történni. Azt hiszem, ez is nagyon fontos lenne, hiszen gondolom, abban teljes mértékben egyetértünk miniszter úrral, hogy Magyarországon az egészségügyben nyugdíjkorban dolgozó emberekre bizony, nagyon nagy szükség van, éppen az elvándorlás miatt, meg a fiatal orvosok képzése is – ez egy tapasztalati szakma – úgy történik, hogy az idősebb orvos jó esetben átadja a tapasztalatát a fiatalnak, tehát ilyen szempontból ez mindenképpen támogatandó.

Megint egy apró kérdés. Gyakorlatilag a Magyar Orvosi Kamara kötelező tagságát önök megint behozták, nagyon helyesen, támogattuk is. Az iparkamarai tagsággal kapcsolatban az orvosoknak azért vannak problémáik, ugyanis azt mondták az elején, hogy az orvosoknak csak egy regisztrációs díjat kell fizetni egyszer, és akkor el van intézve. Ezt a regisztrációs díjat minden évben be kell fizetni, tehát akkor mi a különbség a tagdíj és a regisztrációs díj között?

Azt hiszem, hogy ezt a kérdést is valahogy azért jogszabályilag és felső szinten rendezni kellene, mert az iparkamarai tagság az orvosi kamarai tagság mellett a vállalkozó orvosoknak bőven elegendő, és nem hiszem, hogy ezzel is úgymond meg kellene őket „rövidíteni”.

Megígérem, hogy az utolsó, amit fel kell vetnem: megmondom őszintén, amikor a nemdohányzók védelméről szóló törvényt behozták, természetesen mi is láttuk és ellenzékként sem lehetett ellene beszélni, ez egy nagyon fontos törvény volt. Csak nem értem azt, hogy a tárca – olvastam a tárca mindenféle véleményét – miért nem támogatja az elektromos cigaretta bevezetését, mert az elektromos cigarettának pontosan azok a károsító hatásai nincsenek, amelyek a valódi cigarettának, tehát különböző füst- és gázhatások, nulla, tehát ott a nikotinélvezet okozhat problémát. Nem mondom, hogy ez nem okoz problémát, de lényegesen kevesebbet, és nem értettem, hogy miért nem tudja a tárca támogatni, amikor már uniós ítéletek is vannak, különböző uniós országokban is, ahol gyakorlatilag igenis, nem vonták a nikotint - legalábbis az ilyen fajta élvezeti célból használt nikotint - a gyógyszerek körébe, mint olyat.

Megmondom őszintén, a következő dohányzást érintő, dohánykoncessziós törvényben világosodtam meg és értettem meg, hogy az elektromos cigarettát miért nem lehet támogatni. Ugyanis a koncessziós joggal rendelkezőknek, akik most már vagy a jövőben ezzel rendelkezni fognak, természetesen hatalmas veszteség lesz minden egyes nem valódi cigarettát, hanem mondjuk elektromos cigarettát szívó állampolgár, ugyanis ha valaki egy évben mondjuk 500 doboz cigarettát, azaz tízezer szál cigarettát szív el – ezt mondjuk egy közepes dohányos megteszi -, az körülbelül a koncessziós jog alapján, ha most fel is emelik 10 százalékra ezt a lehetőséget, ez körülbelül 70 forint kiesést jelent a koncessziós jog tulajdonosainak a zsebéből.

Tehát gyakorlatilag a jelenleg 10 ezer elektromos dohányos olyan 350 millió forinttal rövidíti meg ezt a bevételt. Ha ne adj’ isten a Fidesz eltávolodna ettől, mármint attól, hogy tiltja az elektromos cigarettát, és mondjuk akár százezer vagy még több, ötszázezer kolléga a dohányosok közül az elektromos cigarettát választaná, ez már rettentően sok pénzt jelent, ez már 3,5 milliárdtól akár 15 milliárdos veszteséget is jelent.

Tehát sajnós, azt látom, hogy ez lehet az ellenkezés oka. Elnézést kérek, hogy ezt kell mondanom, de az egészségügyi tárcának én kétségbe vonom az őszinteségét, amikor azt mondta államtitkár úr is, hogy a tárca igazi célja, szakmapolitikai célja, hogy szűnjön meg a dohányzás Magyarországon. Akkor mi a jó fenéből lesz önöknek dohánybevétele? Ez egy 500 milliárdos üzlet. Tehát ebben az őszinteségben nem akarok hinni, mert úgy gondolom, hogy ha valóban így lenne, akkor az e-cigaretta is szakmai szempontokból is feltétlenül támogatni kellene. Tehát túl ellentmondásos ez a dolog, biztosan miniszter úr érti, hogy milyen aggályom, problémám van. Egyelőre köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Egyetlen mondat: Gógl miniszter úr a maga idejében egy igen komoly, 15 milliárdos bérfejlesztést egyébként végrehajtott, aminek örült is a maga idejében, úgy gondolom.

Adnám tovább a szót Kiss képviselő úrnak.

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Miniszter Úr! Tisztelt Államtitkár Úr! Tisztelt Vendégek! A miniszter úr egy megatárcát vezet. Gondolom, azért lett kialakítva ez a miniszteri struktúra, hogy holisztikusan rálásson az összes tárcára, vagyis az összes területre.

Azt szeretném megkérdezni, hogy az ön által vezetett tárcában, és a kormányban az egészségügy milyen prioritást élvez, mennyire fontos az egészségügy a kormánynak, és mennyire fontos az egészségügy annak a tárcának, annak a megatárcának, amit ön vezet.

Én nem mennék bele a részletekbe, mert úgy gondolom, azért is teszem fel ezt a kérdést, mert a dohánytörvény kapcsán az a meglátásom, hogy igen hátul kullog az egészségügy prioritása, még egyszer mondom: az ön tárcáján és az egész kormányon belül.

Tehát először is szögezzük le, hogy a dohányzás elsősorban egészségügyi kérdés, másodsorban is egészségügyi kérdés, utána szociális és végül gazdasági kérdés.

Szeretném megkérdezni, hogy miniszter úr adja-e a nevét ehhez a dohánytörvényhez, nevezhetjük-e Balog-féle dohánytörvénynek, mivel itt elsősorban egészségügyről van szó, amikor a dohánytörvényről beszélünk. Ha visszaemlékszünk Molnár Lajosra, Horváth Ágnesre, ők egészségügyi miniszterek voltak, most pedig nincs kimondottan egészségügyi miniszter, mondjuk Szócska államtitkár urat nevezhetnénk egészségügyi miniszternek. *(Dr. Szócska Miklós: Én államtitkár vagyok.)* Igen, államtitkár, de mégiscsak ő felelős az egészségügyért.

Tehát azért kérdezem ezt, és azért sarkítom ezt ki annyira, mert a legutóbbi három dohánytörvény tárgyalása kapcsán az Egészségügyi bizottságot meg sem kérdezték, tehát elénk se került a legutóbbi három dohányról kapcsolatos törvény módosítása során, hogy egyáltalán beszéljünk róla itt, az Egészségügyi bizottságban.

Ez nyilván már önmagában tükrözi azt, hogy mennyire fontos az egészség és az egészségügy szerepe abban a tárcában, amit ön vezet és annak a kormánynak a működése során, amiben ön is részt vesz.

Megpróbálok rávilágítani, miniszter úr, hogy miért tartom ezt annyira fontosnak. Megnézhetjük az interneten, a dohánypiac 500 milliárdos piac. A gyógyszerpiac helyelközzel 650 milliárd, tehát nagyságrendileg ugyanaz. A dohánytörvény szerint ennek az 500 milliárdos piacnak nagykereskedelmi árra vetítve 11,1 százalékos lesz az árrése.

Megnéztem az interneten, hogy 2009-ben 72 milliárd forint volt a gyógyszerek kiskereskedelmi árréstömege, ami egy olyan 13,2 százalékos kiskereskedelmi árrést jelent. Tehát nagyságrendileg a dohánynak akkora lesz a kiskereskedelmi árrése, mint a gyógyszernek, csak hogy éreztessem miniszter úrral.

Eddig az egész dohányvertikumban kinek volt az érdeke, hogy minél több cigaretta vagy dohánytermék fogyjon el? A gyárnak, neki kellett a legtöbbet eladni, a kereskedőnek a

3-4 százalékos árrésért inkább nyűg volt tartani. Most már 11,1 százalékos árrés lesz rajta, ami óriási. Még egy szereplő belépett, akinek érdeke lesz, hogy minél több cigaretta fogyjon. Tehát ez egyértelműen a dohányfogyasztás növelésének az irányába hat.

Én nem dohányzom, tehát én istencsapásának tartom a dohányzást, de nyilvánvalóan szociális vonatkozásai is vannak, mert szerencsétlen dohányosok most már több pénzt kell hogy kiadjanak a káros szenvedélyük folytán, és egy eléggé hátrányos szociális réteget érint ez a többletkiadás. A szociális téma az, amiben a miniszter úr járatos, tehát ennek a hátrányos helyzetű rétegnek pluszkiadást jelent a káros szenvedélyük.

Tehát arról szeretném miniszter urat megkérdezni, hogy helyesnek tartja-e ezt a dohánytörvényt, ami most kialakult, kíván-e ez ellen tenni. Tehát helyesnek tartja-e egészségügyi szempontból ezen dohánytörvény életbe lépését, helyesnek tartja-e azt, miniszter úr, hogy nagyságrendileg a Fidesz-közeli trafiktulajdonosok akkora árréstömege tesznek szert, mint amekkorára a gyógyszerezsek? A számokat mondom még egyszer, most néztem ki az internetről, 2009-ben 72 milliárdos kiskereskedelmi árréstömege volt a patikáknak, az 500 milliárdos piacnak durván 10 százalékos lesz – azaz 50 milliárd forint – az árréstömege. Tehát miniszter úr, ön részt vett ezen dohánytörvény megalkotása során? Erre nagyon kíváncsi lennék, és áldását adta miniszter úr erre a dohánytörvényre? Úgy gondolom, hogy ha ebben részt vett és erre áldását adta, akkor a miniszter úrnak le kellene mondania, legalábbis a tárcának, amit vezet, az egészségügyi részéről mindenképpen.

Tehát azért teszem fel ilyen drasztikusan ezt a kérdést, mert úgy gondolom, a jelek egyértelműen arra mutatnak, tehát visszatérek az elejére: a dohányfogyasztás első, másod- és harmadrésben is egészségügyi probléma, és a legutóbbi három törvény módosítása során meg sem kérdezték az Egészségügyi bizottságot ez ügyben.

Az elején nagy elánnal indult, hogy a fiatalok dohányzásának visszaszorítása, a nemdohányzók védelme, stb., tehát egészségügyi köntösbe öltöztették azt a gyalázatot, amit önök most letettek elének az asztalra, mert ez bizony, gyalázat, miniszter úr.

Tehát ezt máshogyan nem lehet nevezni, ha a szerencsétlen dohányosokat nézem, az ő vonatkozásukban is 45 milliárdot akarnak kivenni a zsebükből a káros szenvedélyük folytán, és szociális kérdés is, még egyszer mondom.

Tehát itt dicsérettel illeték önöket. Szakmai, szakmapolitikai kérdésekben természetesen egy csomó olyan jó intézkedés történt, amivel a szakma egyetértett, de az önök szavahihetősége kérdőjeleződik meg azáltal, hogy egy ilyen dohánytörvényt – részben ön is – benyújtottak ide, az Egészségügyi bizottság elé.

Tehát én erre lennék kíváncsi, miniszter úr, és arra, hogy ön mit tesz majd azért, hogy ez a dohánytörvény ilyen módon ne lépjen életbe, vagy pedig ezek szerint helyesnek tartja ezt a dohánytörvényt. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Tukacs képviselő úr!

TUKACS ISTVÁN (MSZP): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Tisztelt Miniszter Úr! A magam részéről ugyan köszönöm, amit elmondott a tárca munkájáról az ülés elején, de mégis azt érzem, hogy a tárca nevében az önreflexió teljes hiányával nem tudott megbirkózni. Tehát az, hogy egy kritikus mondata ne legyen arról, ami most jelenleg az egészségügyben van, egy Egészségügyi bizottságban, azt én teljesen elképesztőnek tartom.

Ezeket a kritikus mondatokat az itt ülő tisztelt képviselőknek kellett elmondani, többek között nemcsak ellenzékieknek is. Tehát úgy érzem, hogy ön kínosan került a kényszernyugdíj ügyét, a várólisták ügyét, az újratermelő adósság ügyét, a fizetős egészségügyi szolgáltatások ügyét, és néhány olyan dolgot, amihez kellett volna, hogy köze legyen az egészségügyi tárcának, például ezt a bizonyos dohánypályázat ügyet.

Nem tudom, hogy mi az oka, tisztelt miniszter úr, hogy ön ezt nem tette meg, én szeretném ezekben az ügyekben néhány dologban felhívva a figyelmet, megkérdezni. Elsősorban arról szeretném megkérdezni, hogy mivégre volt ez a kényszernyugdíj-ügy, tehát mi volt ennek az értelme? Mi volt annak az értelme, hogy egy ágazatban, amely szakemberhiánnyal küzd, kényszernyugdíjba küldenek embereket, majd belebocsátják őket egy nagyon megalázó procedúrába, amiben kérni kell azt, hogy ő tovább dolgozhasson, és valaki nem normatív, nem jogszabályi környezetben dönt arról, hogy ezt engedélyezi vagy sem.

A normativitást külön hiányolom, merthogy nemcsak egy egyszeri aktusról van szó, hiszen a nyugdíjkorhatárt folyamatosan fogják a gyógyításban átlépni.

A másik kérdésem arra vonatkozna, hogy vajon akkor, amikor a várólisták nagyon hosszúak, több beavatkozás esetében tűrhetetlenül hosszúak, a tárcának komoly-e az az elképzelése, hogy megpróbálja a várólistáról külföldi beavatkozásra buzdítani azokat, akik ezt megtehetik, és ezt támogatja is?

Azt szeretném megkérdezni, miniszter úr, hogy intézményi adósság ügyében vajon az állami tulajdonú struktúra – mert ön tulajdont említett egyértelműen – kiszűri-e ezeknek az adósságoknak az újratermelődését. Merthogy az értelme akkor lenne meg az államosítási folyamatnak, ha a struktúrában nem kellene örökösen küzdeni azzal, hogy az intézmények folyamatosan termelnek adósságot, és ahogy Garai képviselőtársam mondta, az egyszeri beavatkozások, az egyszeri segítségnyújtás sem használ ebben.

Azt szeretném megkérdezni, tisztelt miniszter úr, hogy vajon, nem tapasztal-e az önkormányzatok és az alapellátásban dolgozók körében vitákat vagy megoldatlan helyzeteket az ügyeleti díjak vagy az ügyeleti díjazás ügyében. Azt szeretném továbbá megkérdezni, tisztelt miniszter úr, hogy vajon az olyan szakmai elképzelések, amelyek fizetősbe csúsztatnak bizonyos ellátásokat, azok megfelelőek-e. Ön eredményként értékeli a tüdőszűrés rendszerének vagy rendjének megváltozását, én egyértelműen nem tudom eredménynek értékelnit azt, amikor azt látom a kis ablakban, legutóbb éppen én is tüdőszűrésre igyekezve, hogy mennyit kell fizetni ezért. Ott van. (*Dr. Szócska Miklós: A dátumokat meg kellene nézni!*)

Tisztelt Államtitkár Úr! Ott van.

Azt szeretném kérdezni továbbá, hogy vajon akkor, amikor ön azt mondja, hogy a patikai ellátásból ki kell szűnni az offshore cégeket, és itt a gyógyszerészeknek kell adni ezt, vajon, illő eljárás-e, hogy kötelezettséggé és nem lehetőséggé teszi ezt a gyógyszerészek számára? Merthogy ez egy kötelezettség, meg kell vásárolni ezt a bizonyos tulajdonrész. Tehát magyarul: ott is terheket kell vállalni, ahol az ő patikája nem olyan jól megy, nem olyan jól működik, gyakorta már nem tart nyitva olyan időben, mint eddig, és így tovább. A dolgot továbbá érthetlenné teszi, amikor ön állami forrásból beszél a kötelezettség mellett, és 4,5 milliárdot említ, miközben homályban hagyja, hogy ez most egy támogatás, vissza nem térítendő támogatás vagy pedig hitel a patikusok részére, és ha hitel, akkor milyen feltételekkel kapják, és a vissza nem térítendő hozzájárulást milyen feltételekkel kapják.

Meg kell kérdeznem azt, tisztelt miniszter úr, hogy vajon a tavalyi és idej bérfejlesztés aktuális bajai mellett, amelyeket már képviselőtársaim említettek, és amelyeket én is osztok, nem tartja-e változatlanul aránytalanok az orvosok és a szakdolgozók közötti megosztását a rendelkezésre álló forrásnak? A tavalyi ügyben én ezt meglehetősen aránytalanok tartottam, és nem tartottam méltányosnak sem.

Meg szeretném kérdezni, hogy mi lesz a kazincbarcikai kórházzal, tehát mi lesz a sorsa? Ez egy viszonylag rövid kérdés, de nyilván miniszter úr érteni fogja ezt.

Meg szeretném kérdezni azt is, hogy vajon a dohányügyekben, amelyekben én meglehetősen az ellenkező oldalon ülök, de mégis azt gondolom, hogy helytelen, amit teszünk. Vajon miért nem az a szakmai koncepció győzedelmeskedett, hogy ha a dohányárúk

áremelését tartják visszatartó tényezőnek, akkor nem jövedéki adót emel a törvényalkotó, hanem árrést emel. Én ennek most nem foglalkoznék az erkölcsi vonatkozásaival, elmondták ezt itt többen, igazi botránynak nem azt tartom, hogy az ár emelkedik, én azt nem tartom tragédiának, botránynak mást tartok ebben a dologban, a döntéshozatal folyamatát, de valójában szakmai értelemben akkor lehetett volna visszatartó erőt az ár alapján elérni, ha jövedéki ágon rendezik ezt, nem pedig a trafikosok üdvére egy árrésemelelésből.

Miniszter úr eredményként említi, hogy az Új Széchenyi Terv programban nagy mennyiségű fejlesztés volt az ágazatban. Persze ezt mindenki annak tartja, és nincs ember, aki ne kívánná, hogy az európai uniós forrásokból minél több és minél megalapozottabb döntési folyamatban lévő fejlesztés jusson el az ágazatba. Azt azonban meg kell kérdeznem, tisztelt miniszter úr, hogy miután a Nemzeti Fejlesztési Ügynökséget most már úgy látom, hogy sikerül a földdel egyenlővé tenni és a helyét sóval behinteni, hogy vajon milyen stádiumban van a tárcákhoz leosztott európai uniós források odaítélésének a rendje? Mert ha jól tudom, én ennél a hírnél maradtam le, hogy a tárcák lesznek azok, akik a szakmai és döntési folyamatokat fogják végezni az uniós fejlesztéseknél. Vajon az ön tárcájánál nemcsak az egészségügy esetében nyilvánvalóan, hogyan áll ez a folyamat? Tehát történik-e valami felkészülés arra, hogy a következő uniós hétéves költségvetési időszakban legyen megfelelő szakmai felkészültség?

Végül nem kérdést szeretnék feltenni, tisztelt miniszter úr, hanem szeretnék tenni egy megjegyzést.

Ön úgy értékeli, hogy az államosítás folyamata az a döntési felelősség átvállalása volt a kormányzat vagy a mindenkori állam részéről. Én azt szeretném megjegyezni, hogy ez közel sincs így. Az államosítás folyamata a szereplők érdekérvényesítési képességét szűrte ki, mind az önkormányzatokét, mind pedig az intézményekét és az intézményi vezetőket. Azt láttam, hogy önök azt érték el ezzel, hogy gyakorlatilag nincs számottevő helyi, közösségi vagy szakmai erő sem az éppen aktuális folyamatokkal szemben vagy kapcsolatban. Ezért tehát én változatlanul azt mondom, hogy ez az államosítási folyamat nem volt hasznos senki számára, kivéve azok számára, akik most nem nagyon tudnak még számot adni arról, hogy ennek az államosítási folyamatnak mi volt a gyakorlati haszna, és mi történt ebben a dologban.

Köszönöm szépen a szót, elnök úr, ennyit szerettem volna elmondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Úgy látom, hogy a kérdések, észrevételek végére értünk. Egyetlen mondatot szeretnék a bizottság védelmében, mielőtt miniszter úrnak kérném a válaszait.

A bizottság szakmapolitikai bizottságként minden kérdést megtárgyalt, a dohányügyre utalok, semmitől nem zárkozunk és nem zárkoztunk el nyilvánvalóan. Elsősorban akkor nem lett a bizottság kijelölve, amikor kifejezetten olyan gazdasági, pénzügyi természetű jellege volt a kérdéseknek, amelyet nem jelöltek ki a bizottság irányába. Amennyiben bármilyen formában kijelölésre kerülünk, természetesen mindig álltunk és állunk rendelkezésre mind a nemdohányzók védelmében, mind a fiatalok dohányzási szokásait illetően. Tehát a bizottság mindig nyitott ezekre a kérdésekre.

Miniszter úr, önt illeti a válaszadás lehetősége.

Balog Zoltán emberi erőforrások miniszterének válaszai az elhangzottakra

BALOG ZOLTÁN emberi erőforrások minisztere: Köszönöm a szót, elnök úr. Köszönöm a kérdéseket is, köszönöm az elismerő szavakat is az ellenzék részéről is, az ironikusakat és a komolyan gondoltakat is. Akkor megpróbálok itt a saját rögzítésemben a kérdéseken végigmenni.

Az egyetemek önállóságát és a klinikák által kifejtett gyógyító tevékenységet nyilván a debreceni egyetem rektorváltásának az ügye inspirálta, ha jól látom. Én tartózkodtam attól,

hogy különösebben ebben a polémiában részt vegyek, ami ennek az ügynek a kapcsán kibontakozott, de ha emlékszik rá képviselő úr, ha a helyi viszonyokban járatos, akkor ott két szavazás volt. Az első szavazásnál körülbelül egyharmad-egyharmad-egyharmad arányban – nem egészen, de körülbelül – kapott szavazatot a három jelölt, ami azt jelzi, hogy a támogatottsága körülbelül mind a háromnak megegyező volt. Majd ezek után egyébként nyilatkozatban is vállalva, az egyik rektorjelölt visszalépett a másik javára, hogy nehogy már a harmadik legyen.

Ezt demokratikus szempontból nem akarom kommentálni, hogy egy ilyen visszalépést mégis hogyan értékeljük. Én abból indulok ki, hogy éppen a törvény adta lehetőség nyílt meg itt, hogy olyan emberek között, akiknek körülbelül egyenlő volt a támogatottsága, ott választani lehessen, tehát úgy gondolom, hogy a demokrácia és a fennálló jogszabályok tiszteletben tartásával történt ez a döntés. Bízom benne, hogy a jelölt, illetve most már rektorra kinevezett professzor, aki egyébként szintén ebből a világból érkezik, fogja igazolni a belé fektetett reményeket.

Említette, hogy esetleg a Fülöp-szigetekre elmegy, mint orvos. Onnan is idejönnek az orvosok, tehát éppen most jártam arrafelé, Malajziában, de tárgyaltam egy Fülöp-szigeteki miniszterrel is, tehát az orvosok továbbképzésében éppen azt kérik, hogy hadd jöhessenek Magyarországra, hiszen Magyarországon az orvos-továbbképzés egy olyan nemzetközi szintet jelent, amit egy Fülöp-szigeteki orvos szívesen ír bele az önéletrajzába.

Volt egy konkrét kérdése is itt a tumorterápiás programmal kapcsolatban. Azt hiszem, hogy ez a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Programban a 2.2.6.-os, ha jól tudom, nálunk nem szabad rövidítéseket mondani a minisztériumban, ezért mondom így, a TIOP 2.2.6., én nem tudom, hogy ezzel bármi probléma lenne. Úgy tudom, hogy ez folyik az előre meghatározott menetrend szerint, de ha ennél problémát lát képviselő úr, akkor szívesen állok a rendelkezésére ennek az ügynek a tisztázásában.

Talán egy kicsit Tukacs képviselő úrnak az első felvetésére is reagálnék. Én nem éreztem azt, hogy a problémákat elhallgattam volna, hiszen több kritikus mondatom is volt, még önkritikus mondat is volt, és valóban vannak olyan konkrét kórházügyek, amelyeknek a megoldásában még nem sikerült itt előrelépni. Én is hozzá tudnám még tenni a kazincbarcikaihoz az ózdit, a nagyatádit, a gyöngyösit. Talán azért beszéltem kevesebbet ezekről a megoldatlan problémákról, mert nem akartam elmúltnyolc évezni. *(Derültség.)* Azt azért ön sem gondolja komolyan, hogy ezeknek a kórházaknak a problémája meg az egészségügy problémái az elmúlt három évben keletkezett. Úgyhogy belemehetünk ebbe a számháborúba, én nem terveztem ezt, Garai képviselő úr egy elegáns kisajtót azért nyitott ebben az ügyben, én nem mennék itt tovább. Valóban vannak olyan kórházügyek, amelyek még nincsenek elrendezve, azt hiszem, részben ezek közé tartozik a kazincbarcikai, itt vannak illetékesek, akik ebben az ügyben meg tudnak nyilvánulni. Jelenleg ott tartunk, hogy rendezett körülmények között az egyetemnek át kell adni a fenntartást, ő erre kész is, és akkor vagyunk abban a helyzetben, hogy ott a portfólió és egyéb ügyekről érdemben tudjunk tárgyalni.

A másik három kórház ügye alapvetően annak az elindult privatizációs stratégiának vagy döntésnek a következménye, amit bizony, az előző kormány hozott meg, és ami ellen az egészségügyi dolgozók tisztességesen küzdöttek, és szerencsére meg is akadályozták.

Tehát az egy felelőtlen dolog lenne, ha olyan kórházi fenntartóknak vállalnánk át a terheit, akiknek az általuk létrehozott adósságállománya és hitelállománya a mai napig nem teljesen világos, hogy mennyi is pontosan. Tehát itt az államnak kötelezettségei vannak. Először tisztán kell látni azt, hogy mit veszünk át, terhelt, adóssággal, hitellel terhelt vagyonnak az átvétele állami kézbe úgy gondolom, hogy nem a legjobb megoldás. Tehát itt még a másik oldalon lévőknek is több hajlandóságot kell mutatniuk az együttműködésre.

Az elvándorlás kapcsán én nem tudom pontosan, hogy honnan sikerült ezeket a számokat idézni. Ebben is azért azt hiszem, egyetérthetünk, hogy a bérelmaradás azért nem az

elmúlt három év eredménye, hanem a korábbi helyzetnek az eredménye, és valóban az elvándorlásnak az egyik fontos oka ez, de azért ne felejtjük el az elvándorlásnak egyéb okait is, és itt megint csak egy picit összehozom az első és az utolsó hozzászólást. Az elvándorlásnak a szakmai perspektívatlanság is oka lehet, és ha a nyugdíjúgyet idehozzuk, majd arról mondom még részletesebben is néhány mondatot, akkor abban ez a megfontolás is benne volt, hogy ha felülről bezárul a karriernek, a szakmai előrelépésnek a lehetősége, akkor az is eredményezheti azt, hogy az ember úgy gondolja, hogy inkább az országhatárokon kívül keresi a megoldást. De ha már itt ellenzéki képviselők és bizonyos szempontból még a kormánypártok képviselői is egy kicsit kritikusabbak voltak, de ők is szóba hozták a bérfeljesztés ügyét, azért azt a tételmondatot ne felejtjük már el, hogy elindult. Hogy az elmúlt évben is komoly tízmilliárdokat fordítottunk erre és idén is komoly tízmilliárdokat fordítottunk erre, és valóban ez az egyik leghatásosabb eszköz az elvándorlás megakadályozására, ha Szlovákiában kétszer annyi a bér, azt nyilván egy lépésben nem lehet megtenni, de efelé kell közelítenünk.

Tehát egyrészt a bérfeljesztés, a másik oldalon pedig azoknak a körülményeknek a javítása, és itt nemcsak egyszerűen infrastruktúráról van szó, hanem a továbbképzés rendszeréről. Gyenes alelnök úr említette a tudásnak az átadását, ez is összefügg részben azzal, hogy ha azok az orvosok, azok a középgenerációs orvosok, akiknek a dolga az lenne, én a rezidensek véleményét tolmácsolom, akikkel külön leültem egy megbeszélésre, hogy átadják a megfelelő tudást és közben oda jutunk, hogy hónapokig nem is találkozunk azzal a rezidenssel, mert ő is fut a saját munkája után, akinek át kellene adni a tudást, akkor itt valami mégsem stimmel ebben a szakképzési rendszerben.

Tehát egyrészt a szabályozók változtatása, az infrastrukturális feltételek megteremtése és a bérfeljesztés az, ami úgy gondolom, hogy legalábbis három oldalról kell hogy megközelítse az elvándorlás kérdését. Azért hadd mondjam azt, hogy ebben az ügyben is, még ha óvatosabbak is vagyunk, mint mondjuk más vendégmunkások ügyében, merthogy alapvetően azért mégiscsak vendégmunkásnak mennek el ezek az emberek, még akkor is, ha orvosok, ne felejtjük el a visszatérés lehetőségét sem. Tehát az, hogy valaki adott esetben külföldön próbál szerencsét azért, hogy a tudását növelje vagy megmérje, hogy mennyit ér és aztán utána jelentős részük – ez egy komoly felmérés – azt mondja, hogy természetesen gyermeket szülni, gyermeket vállalni már itthon szeretne, az jelzi azt, hogy ebben a világban létezik egy olyan természetes mozgás is Európán belül vagy a világon belül, ami lehet, hogy a mi generációnknak még új. Mi azért egy bezárt országban éltük át az ifjúkorunkat, de ma ez a szabad munkaerőpiacnak bizony az a típusú vonzása, aminek a negatív tendenciáival szemben meg kell próbálni hatékonyan, hathatósan fellépni. Azt pedig, ami ebben tapasztalatszerzést és egy természetes közlekedést jelent, azt pedig úgy gondolom, hogy tudomásul kell venni.

A gyógyszerkasszához több kérdés is érkezett, megpróbálom őket összevonni. Azért azt ne vitassuk, hogy a gyógyszerek alapvetően olcsóbbak lettek azzal, hogy a versenyt - részben az offshore cégek kizárásával – erősítettük. Tehát a vaklicit gyakorlatának a következtében 1305 gyógyszer lett olcsóbb, átlagosan 35 százalékkal. Tehát az, hogy az egész gyógyszerkassza-átalakítás, ami egy komoly bűvészmutatvány volt, különösen is államtitkár úr részéről, hogy úgy határozottan fellépni a gyógyszerek drágulásával szemben, hogy közben a jó gyógyszergyártókat és a jó gyógyszerforgalmazókat ne riasszuk el Magyarországról, ezt úgy megcsinálni, hogy itt egy nagyon komoly, milliárdos nagyságrendű megtakarítást sikerült eredményezni, miközben nem növekedtek a betegterhek, azt gondolom, hogy ez egy nagyon komoly mutató volt, és tovább is fogunk menni ezen az úton.

A várólistákkal kapcsolatban: valóban ma ez az egyik legsúlyosabb gond, professzor úrnak teljesen igaza van abban, hogy itt mindenképpen lépnünk kell még ebben a kormányzati ciklusban. Az, amit tenni tudtunk, az részben az informatikai fejlesztések következménye. Az egy trivialis, hogy ha nincs jó diagnózis, akkor nem tud jó lenni a terápia sem. Tehát az,

hogy az eddig az intézményekben külön-külön kezelt várólistákat egy egységes rendszerben központosítva tartjuk számon tavaly július óta, úgy gondolom, hogy a transzparenciát jelenti, és azt, hogy látjuk egyáltalán azt, hogy például hány műtét zajlik a várólistákon kívül. Eddig még ilyen statisztikával sem rendelkezünk, és akkor - azt hiszem, talán Gyenes doktor úr tette még ehhez hozzá, vagy valaki említette még ezt - egyszer csak érdekes módon kiderül, hogy területileg bizonyos műtétsoportok éppen a nyugati országrészben, egy meglehetősen keskeny határmezsgyében zajlanak, mintha ott azokra a nagyon drága műtétekre hirtelen nagyon nagy szükség lenne, miközben a várólistán nem jelennek meg.

Ez például egy olyan tapasztalat, amit csak ilyen módon, a várólisták egyesítésével és elemzésével tudunk elérni. Nyilván itt előre kell hogy lépünk ebben az ügyben, és egy 2011-es pilot program zajlik is már, hogy a várólisták kezelésének a feladatát elvégezzük. És ha nem is vették észre, de ebben a vegyes törvényben, amit önök egy zöldségfélének a nevével jeleznek, már éppen ott van az a törvényi szintű rendelkezés, hogy a várólistán nem jelzett műtétek után nem fog finanszírozás járni, mert ezzel is lehetett mondjuk úgy, hogy trükközni. Tehát a jövőben, ha ez így alakul, akkor azt gondolom, hogy ez megint csak segíteni fog abban, hogy a várólisták csökkenjenek.

Itt szeretnék még a nyárra egy kis munkát adni azoknak, akik érintettek ebben, tehát itt államtitkár úrral egy olyan munkacsoportot hozunk létre, amelyik a konkrét lépéseket fogja kidolgozni, azokat is, amelyek pluszforrás bevonásával járnak, és azokat is, amelyek a szabályozóknak a nem egyértelmű voltának az egyértelműsítésével tudják csökkenteni a várólistákat. Tehát bízom benne, hogy ebben előre fogunk tudni lépni.

A paraszolvencia kérdést: azt is mondhatnám, itt nem is tudom, hányévezés lenne az, ha visszamennék 1948-ba. Az akkor hatalomra kerülők a szakmunkásoknak a bérére állítottuk be az orvosok bérét, ezzel is kifejezve az elismerésüket ez iránt a gyógyító szakma iránt. Azóta küzdünk ezzel a problémával, hogy a mellékjövedelmek úgy alakulnak, ahogy alakulnak, és mondjuk így, hogy egy kultúrának – ha ezt lehet kultúrának nevezni – a részévé vált ez az ügy.

Itt azért megpróbáltunk egy-két aktív lépést tenni, a Markusovszky-ösztöndíj például feltételezi azt, az kapja meg ezt az ösztöndíjat, aki azt vállalja, hogy nem fogad el paraszolvenciát, és úgy gondolom, hogy az is hozzájárulhat ehhez az ügyhöz, ha ezt a betegek egyébként tudják is. Tehát lehet tesztelni ezzel a felnövekvő orvosgenerációt.

Az én személyes tapasztalatom – nyilván ez nem egy felmérés – azért mégiscsak az, hogy a fiatalabb generációban, miután már inkább piaci viszonyok között szocializálódott, az elutasítás ebben az ügyben azért erősebb, mint az előző generációban. Ők valóban azt mondják, amit itt mindannyian mondanak teljes joggal, hogy legyen egy olyan tisztességes bér, hogy erre ne kerüljön sor. Én azért megkockáztatnám, hogy még utána is el fog tartani egy darabig, amíg ezt az ügyet kezelni tudjuk, de gondolom, abban szintén egyetértünk, hogy minden béremelés egy lépés a paraszolvencia elleni küzdelemben.

A gyógyszerpazarlás ügyéhez még professzor úrnak azt mondanám, hogy ez valóban egy nagyon lényeges dolog. Politikusok, tehát aki már ilyen tisztességben megöszült szakmai tekintély, mint professzor úr, az bátrabban és nyíltabban beszélhet arról is, hogy a felhasználók oldaláról mit kellene tenni. Tehát mi nyilván, akik az újjavasztásukban reménykednek, azok óvatosabban fogalmaznak meg olyan bírálatokat, amelyek a választópolgárokkal szembeni kritikák, de el kell mondani, hogy Magyarországon a gyógyszerhasználatnak, a gyógyszer-felhasználásnak a kultúrája nagyon rossz állapotban van. A gyógyszerpazarlás nemcsak a felírás pillanatában, hanem a fogyasztás folyamatában is megjelenik. Szerintem az a szolgáltatási díj, amire komoly milliárdos támogatást adtunk a gyógyszerészeknek, az valamit segíthet ebben az ügyben. Tehát azt az érzést is mindannyian ismerjük, hogy amit az orvostól nem tudunk megkérdezni a gyógyszerrel kapcsolatban, azt a kiváltás pillanatában szívesen megkérdeznénk a gyógyszerésztől, és hogy itt egy olyan

tájékoztatási lehetőség van, amire egy olyan pluszszolgáltatást adhat a gyógyszerész, amire mi külön finanszírozást állapítottunk meg. Ez egy 4,5 milliárdos összeg, úgy gondolom, hogy ez egy jó lépés, még ha kis lépés is, a megfelelő irányba.

Akkor váltsunk néhány szót a béremelés kérdéséről, ez a 30 vagy 50 milliárd. Attól függ, hogy mit számolunk. Ha itt beleszámoljuk azokat az ügyeket, amelyeket egyébként itt említettem, ezt a 4,5 milliárdot is természetesen hozzá tudjuk számolni, aztán azt, hogy előrehoztuk a béremelést, mármint 2012-re azt, amit 2013-ban terveztünk, akkor hamar meg fogjuk találni az 50 milliárdot. Egyébként az életfontosságú ellátás megerősítése, ha a sürgősségi díjakat idevesszük, annak is a 60 százaléka béremelésnek számít. Tehát ha ezeket összerakjuk, akkor szerintem eljutunk eddig az összegig.

Azt az elegáns fordulatot, ahogy az ügyeleti díjak nem emelését veszteségnek tekinti, persze, az nem csökkenés, hanem szinten maradás, nem? Tehát ha valami nem emelkedik és nem is csökken, az szinten marad. Tehát ha úgy számolnánk ki a pedagógusok bérét, amivel szintén sokat kell mostanában foglalkoznunk, hogy minden az, ami nem emelkedett, az veszteség, akkor azt gondolom, hogy itt Magyarországon a közsférában, de a magánszférában is a munkavállalók jelentős része bércsökkenéssel számolhatna, de a szinten tartás – ráadásul most a nyugdíjakra térnek ki –, ráadásul reálértéken való tartás ugyan nem jelent feltétlenül emelkedést, de csökkenésnek semmiképpen nem mondanám. Azt mondanám, hogy valóban szinten maradt.

Az, hogy az egészségügyben dolgozók, akik nem egészségügyi dolgozók, azok bérével mi van, azt szerintem egy általános közalkalmazotti, a közsférára történő életpályamodellben kell majd kezelni és ebben mindenképpen előre kell lépni, mert ez nem a szociális bizottság, de ott is vannak nagyon komoly elmaradások az ügyben. De mégis hadd mondjam azért azt, hogy lehet ezen, és talán érzékelté ezt alelnök úr, finoman mondom, nehogy államtitkár úr megharagudjon rám, én kamarapárti vagyok, mert úgy gondolom, hogy erős lobbí. Ezt mondanám, mert az, hogy egy megyei vezetés valóban jó lobbí-e egy kórház mellett és szakmai lobbí-e, azt megkérdőjelezném, anélkül, hogy megbántanám őket. Nyilván nekik is megvannak a megfelelő szempontjai, de hogy egy érdekérvényesítő erőre, mint a kamara, nagyon nagy szükség van, és elsősorban a szakmai bírálatot és a szakmai segítséget onnan várjuk. Úgy gondolom, hogy ezzel mindannyian egyetértünk.

Tehát én ilyen értelemben kamarapárti vagyok, de azért az elnök úrnak azt a húzását nem tudom másképp nevezni, hogy mi átadjuk a béremelési koncepciót előzetes véleményezésre, ezt be akarjuk jelenteni, hogy mégiscsak 30, és ha az egyéb kiadásokat összeszámoljuk, akkor 50 milliárd érkezik az egészségügybe béremelés címen, majd ő négy nappal előtte kiáll egy sajtótájékoztatón, lobogtatva ezt a papírt, és közli, hogy kevés, nem jó meg rossz, ez nem sportszerű. Nem azt mondom, hogy nem jó, nem sportszerű. Tehát ennyit hadd üzenjek az általam tisztelt és becsült elnök úrnak, hogy ha arra jár, azon a környéken, nem tudom, hogy van-e valami köze ehhez a kamarához, akkor tegye meg, hogy ezt átadja neki.

Örülök, úgy éreztem, hogy csak olyan 5 százalék irónia volt az ügyeleti jogszabályok dicséretében, vagy talán még annyi sem. Egyetérték vele, hogy ez még 5 százalék sem volt, tehát ez egy száz százalékos dicséret volt. Ezt külön köszönöm, mert ez valóban az egységes munkaügyi nyilvántartásnak az irányába tett nagyon fontos lépés. Megint csak a különböző nyilvántartásoknak a kezelése és az ezekkel való visszaélésnek a lehetősége egy komoly akadálya annak, hogy nem tudjuk emelni az ügyeleti díjakat.

Tehát azt mondtuk, hogy az átláthatóság fontos ebben az ügyben, hogy tudjuk, hogy pontosan ki, mikor, hol és mennyit dolgozik. Csak az egészségügyben legalább 15-féle jogviszonyban lehet ma dolgozni, és aztán a statisztika kimutatja, hogy egy orvos az tulajdonképpen három orvos, mert három különböző jogcímen, három különböző munkahelyen dolgozik és vállal adott esetben ügyeletet szolgáltatásként, közalkalmazottként,

megbízási szerződéssel, vállalkozóként, és így tovább. Tehát kell egy egységes rendszer, kell látnunk azt, hogy mi, mibe kerül, és akkor utána tudunk beszélni arról, hogy hogyan lehet ebbe az egységes rendszerbe adott esetben egy béremelést is bevinni.

A praxisjog ügyében én egyébként egyetértek önnel, tehát az természetesen egy magánjog, és pontosan abban akarunk segíteni, hogy ezt a magánjogot érvényesíteni lehessen. Tehát a logikája még finomításra szorul a rendszernek, de ebben igaza van, a logikája mégiscsak az, hogy valóban ez a praxisjog ne ragadjon rajta, vagy hogy úgy mondjam, ne száradjon rajta azon, aki már nem tudja ezt ellátni, hanem tovább tudja adni fiataloknak. És ahogy említettem, én a számokban nem vagyok túl jó, és államtitkár urat most nem tudom megkérdezni, a 300 milliót tudom, de akik eladták, azoknak az átlagéletkora 65 év, akik megvették, azoké pedig 45, ha jól tudom.

Mondjuk tőlünk a magántulajdont azt gondolom, hogy nem kell megvédeni, hiszen az egész magánpraxis intézményét az első Orbán-kormány alatt csináltuk meg 1998-ban. Megígértük, hogy még abban az évben. Én emlékszem arra a pillanatra a két ünnep között, amikor miniszterelnöki kézi vezérlettel ez mégis megtörtént, mert akkor nagyon nagy volt az ellenállás. Abban talán egyetértünk, hogy különösen a hátrányos helyzetű térségekben, tehát Budapesten praxisjog-eladásból még nem hiszem, hogy probléma származott volna vagy tőkehiány lett volna, nyilván a hátrányos helyzetű térségekben ez egy nehezebb történet, és ott az államnak be kell segítenie. De az alapvető sikeressége azt gondolom, hogy nem vitatható ennek az intézkedésnek.

A nyugdíjazással kapcsolatos bér: hogy ha ezt az előbb aposztrofált törvényt megnézi, akkor a jelenlegi törvénymódosításban benne van. Tehát a törvénybe beletettük ezt, már hatályos, tehát benne van ennek a bérkompenzációnak a lehetősége.

És akkor itt megint előreugrok, hiszen Tukacs képviselő úr dramatikusabban hozta elő, mint alelnök úr ezt az ügyet, a nyugdíjazás kérdését.

Valóban nem egy egyszerű történet volt, aminek én most már úgy látom, hogy azért a levezénylése alapvetően sikeres volt. Senki nem gondolta azt, hogy orvosokat vagy egészségügyi dolgozókat, akiknek a munkája nélkül egyébként az egészségügy működése bizonyos területeken megakadna, el kellene küldeni nyugdíjba. Erről szó nem volt. De azért nézzük meg, hogy hol is keletkezett az a rendszer, amikor elterjedt az a világon meglehetősen unikális, nem egy olyan hungarikum, amire büszkék lehetnénk, az a rendszer, hogy valaki elmegy nyugdíjba, és egyébként utána pedig tovább dolgozik és felveszi a fizetését a közsférában.

Ez a magánszférában kimondottan kívánatos, hiszen ez azt jelenti, hogy továbbra is adófizető állampolgár marad, de a közsférában, hogy két jövedelme legyen valakinek, csak azért, mert egyébként – ahogy említettem az origót – olyan alacsonyok a fizetések, hogy tényleg nem lehetünk rá túlságosan büszkék, ez egy nem tisztességes megoldás. Éppen ezért vállaltuk azt, hogy ha valaki nem megy el nyugdíjba és úgy dolgozik tovább, akkor azt a bérét, ami kiesik, mert ez így korrekt, megkapja más formában, de nem nyugdíjként kapja meg. Ez pontosan jelzi, hogy nem bért akartunk spórolni ezzel, nem pénzt akartunk spórolni, hanem egy tisztességes, egységes, átlátható rendszert akartunk. Azoknak az orvosoknak a több mint 70 százaléka, akik egyébként azt kérték, és az intézményvezetők is kérték, hogy dolgozzanak tovább ebben az ügyben, azok mind nyugdíjasok már, és nyugdíjasként dolgoznak tovább. Mi azt mondtuk, hogy kompenzációban meg fogják kapni. Az volt a javaslat, többféle javaslat volt egyébként, hogy a kórházvezetők tudnak diszponálni ezekkel a bérekkel, mert ebben az ügyben nyilván ők tudják a leginkább azt, hogy hol van erre szükség, vagy hol nincs erre szükség.

A számok egyébként mutatják azt, hogy minimális az a nyugdíjazás, ami ebből az intézkedésből született. Természetesen a felsővezetői szintről legfeljebb ajánlást tenni ehhez. A jogi helyzet mégiscsak az, hogy egy munkaadó a munkavállalónak, ha eléri a

nyugdíjkorhatárt, attól kezdve bármelyik percben mondhatja azt, hogy igénybe kell hogy vegye a nyugdíjat, tehát ez a munkaügyi szabályozás, tehát ez az ő döntése természetesen.

Akkor még Gyenes alelnök úrnak visszatérnék itt a kamara ügyéhez, mert így megyek itt sorban. Itt azért majd lesz egy vitánk egymással. Tehát itt nekem muszáj volt egy vizsgálatot elrendelnem a kamaránál azzal kapcsolatban, hogy hogyan emelkedtek a tagdíjak. Tehát ha önök tagdíjellenesek, akkor miért emelik? Azt is javasoltuk, hogy az újonnan belépőktől nem kellene regisztrációs díjat szedni. Tehát itt akkor el kell döntenünk, hogy melyik irányba menjünk.

Aztán a dohánykérdés, itt két blokkot össze is tudok szedni. Ebben az e-cigaretta ügyben azt mondanám, hogy túlságosan friss és új még ez a megoldás, nem tudom, mire megoldás egyébként, talán Tukacs képviselő urat kellene megkérdezni, aki több módon is szakember ebben az ügyben, hogy hogyan is van ez az e-cigaretta. Szerintem ez a leszokást támogatja, tehát ez nem valami, ami kiváltja a dohányzást, az én értelmezésemben ez arra szolgál, hogy egy átmeneti időszakban, amíg megszűnik az a típusú nikotínéhség, amit nehéz elviselni, addig van ez. De abban igaza van a képviselő úrnak, hogy ez nincs tisztességesen szabályozva. Azt semmiképpen nem mondanám, hogy tiltjuk, hiszen nem tiltjuk, csak még nincs rá szabályozás és nem is támogatjuk ezt külön. Azt is mondhatnám – és akkor ebben van szintén 10 százalék irónia -, hogy mihelyt gyógyszer lesz, támogatni fogjuk az e-cigarettát is. *(Derültség.)* A kockázatainak még nincsenek igazán felmérve, talán azért ebben egyet fogunk érteni.

Akkor itt az egész dohányblokkra hadd mondjak annyit, hogy ha nem véleményezték a dohánykereskedelemmel kapcsolatos törvényeket, akkor szerintem az nem helyes. Tehát ahogy elnök úr is mondta, erre van lehetőség egy törvényt kikérni és véleményezni, és szerintem az a helyes, ha az egészségügyet képviselők beleszólnak ezekbe az ügyekbe. Nyilván különböző módon, nekem imponáló ez az internetről levett számítás, hogy kinek, milyen haszna van a gyógyszeren és milyen haszna lehet a dohányon, de azért természetesen, ha idevesszük a másik kockázati tényezőt az egészség kapcsán, az alkoholt, akkor mondhatjuk azt, hogy itt is több irányból kell támadni. Egyrészt támadni kell a szabályozással, másrészt pedig támadni kell adott esetben azzal, hogy áremeléssel elriasztjuk azokat, akik úgy gondolják, hogy esetleg ezt a pénzt meg is lehet spórolni. Az, hogy milyen határozottan léptünk fel a dohányzás tilalmával a közintézményekben, a vendéglátó helyeken, gondolom, hogy abban egyetértünk, hogy az egy nagyon lényeges lépés volt. Magyarországon ezzel megelőztünk még olyan országokat is Európában, akik pedig büszkék arra, hogy hogyan küzdenek a dohányzás ellen. Nyilván önnek igaza van abban, hogy keveset beszélünk azokról a háttérküzdelmekről, amit a dohánylobbi és mondjuk az egészségügyi lobbival egymással folytat, és a dohánylobbi nem erőtlenség, valóban így van, azért, mert pénzt tud hozni a költségvetésbe, én ezeket a szempontokat egyáltalán nem tagadnám, ezek is itt vannak, a mi dolgunk az, hogy ezeket megpróbáljuk egyensúlyba hozni egyébként az egészségügy szempontjaival. De hogy az áremelés kizárólag a dohánykereskedők vagy a dohánykereskedelemmel foglalkozók, vagy majd a jövőben dohánykereskedelemmel foglalkozók hasznáról szólna, azt azért nem mondanám. Szerintem az legalább annyira szól arról is, hogy elriasszuk azokat, akik úgy gondolják, hogy ez az egyéb, hogy milyen módon lesz ez az ember kultúrájának a része, erről nem nyilatkozom, mert nincsenek személyes tapasztalataim, ugyanakkor pedig annak az ellenőrzésnek a lehetősége, ami ma gyakorlatilag minimális mondjuk meg őszintén, ami egy szabályozott dohánykereskedelemben benne van, tehát hogy 18 éves kor alatt hogyan lehet hozzájutni a dohányárúkhöz, erről én most a dohány területéről nem nyilatkoznék. De hogy alkoholforgalmazásban, ahol állami monopóliummá vált az alkohol vagy eleve az volt az alkohol forgalmazása, ez egy nagyon komoly visszatartó erő, abban egyértelműen tudnék nyilatkozni, ugyanis ezzel kapcsolatban szereztem tapasztalatokat. Tehát vannak olyan országok, ahol pont ez az egyik leghatékonyabb módja

annak, hogy mondjuk az emberek a káros szenvedélyeiknek ne hódoljanak. De azért nyilván mindannyian ismerjük azt a lépést, hogy az embert sok mindentől meg lehet védeni, adott esetben hatósági szabályozással is, önmagától nagyon nehéz. Tehát azért ez mégiscsak mindenkinek a saját személyes döntése, amit tiszteletben kell tartani.

Azt nézem közben, hogy mit sikerült elrendezni itt ebből a listából, amit Tukacs képviselő úr előadott. Valamit azért még mondanék - csak hogy az önkritikus rész is határozottabban legyen benne, mint ahogy ezt korábban érzékelte képviselő úr – a nyugdíjügyben. El tudom képzelni azt, és azt nagyon sajnálom, ha így van, hogy orvosok, akik egyébként úgy gondolták és úgy gondolják, hogy ők azért vannak még benne a rendszerben, mert egyébként az ő munkájuk nélkül az az intézmény, amit ők szeretnek, megbecsülnek, és ahol a munkájukat eddig is végezték, a működőképességében korlátozott lenne, ha ezeknek azt mondják, hogy most akkor te kérvényezz valamit, abban lehet valamifajta megalázó procedúra, ahogy ön mondta. Ez semmiképpen nem volt cél. A cél, mint említettem, két ponton: egyrészt a rendszer megtisztítása azoktól az elemektől, amelyek lehetetlenné tették nemcsak a nyugdíjrendszer fenntartását, hanem egyszerűen tisztességes bérvizonyoknak a megteremtését is. Ez egy nagyon nagy, átfogó akció volt, ami indult a nyugdíjrendszer reformjával, és ez számos területére kiterjed a közszférának. Azt mondanám, hogy talán nem is elsősorban az egészségügy volt a fókuszban, hiszen valóban ott inkább munkaerőhiányról van szó, de hogy neki is bent kell maradnia az oktatással és egyébként a közigazgatással együtt ebben a rendszerben, abban biztos vagyok. Ha átláthatóbb lesz a rendszer, akkor egyébként a béremeléseket is sokkal jobban meg fogjuk tudni lépni.

Miért, az igazságos, hogy valaki 62 éves korában nem megy el nyugdíjba, hanem tovább gyógyít, és akkor neki hiányzik a nyugdíja, a másik meg elmegy, az pedig megkapja pluszban a nyugdíját is? Ez is egy olyan igazságtalanság, amit mindenképpen kezelni kell, és amit említettem már az előbb, a mobilitás gyorsítása, szerintem ezek mind hozzájárultak ahhoz, hogy ezt az intézkedést meghoztuk.

Az adósságok újratermelődése: ez egy nagyon jogos felvetés. Úgy látom, hogy már a közbeszerzések központosításával bízom benne, hogy megkapták ezt a táblázatot, már tudunk egy elég jelentőset előrelépni. Tehát azért itt akkor, amikor részben térségenként, részben pedig országosan azokra a szükséges szolgáltatásokra és termékekre, amelyek nélkül nem működik az egészségügy, egy egységes közbeszerzési rendszert hozunk létre és folytatunk le, abban milliárdos megtakarítás van, és ebben ma már – legalábbis százmilliós méretekben – előre tudunk lépni, és így haladunk tovább. Ez az adósságnak természetesen csak egy része, úgyhogy ezen az úton még mindenképpen tovább kell haladnunk.

A fizetős tüdőszűrésről szóló kérdést külön köszönöm. Nem tudom, tudja-e, képviselő úr, hogy mikor vezették be a fizetős tüdőszűrést. Azt hiszem, hogy 2006-ban, ha az én statisztikám itt megfelel, akkor vált fizetőssé a tüdőszűrés.

A patikaliberalizációval szembeni intézkedéscsomag: hadd mondjam azt, hogy ezt a Gyógyszerész Kamara kérte, és velük lépésről lépésre dolgoztuk ki együtt azokat a verziókat. Egyébként ők javasoltak egy A-verziót és egy B-verziót, hamarosan – ezt államtitkár úr jobban tudja – a nyilvánosság elé fogunk lépni ezzel a konstrukcióval, sőt itt van a miniszteri biztos úr is, aki dolgozott ezen. Tehát javasoltak egy A) vagy B-verziót, mind a kettőt elfogadtuk, mert nekik mind a kettő jó, tehát mind a kettőt igénybe lehet majd venni. Itt egy komoly hitelkonstrukció lesz, tehát semmifajta olyan plusz anyagi terhet nem rakunk a gyógyszerészekre, amit ő ne szívesen vállalnának, mert hangsúlyozom: ők kérték ezt.

A bérfeljesztés aránytalanságáról már beszéltem, éppen ennek a korrekciója az, ami az ideai bérfeljesztésben benne van.

Akkor az utolsó kérdés, hogy a jövővel is foglalkozunk egy kicsit, a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség sorsa. Itt bizony nagyon egymáshoz lettünk láncolva az előző

kormányval, hiszen olyan áthúzódó fejlesztésekről van szó, ami még a következő kormányt is meg fogja terhelni.

A Nemzeti Fejlesztési Ügynökség átalakítása úgy folyik, hogy egyetlenegy futó projekt sem szenvedhet ebben kárt, mint ahogy eddig sem szenvedett kárt. Szerintem a magyar államigazgatásnak az egyik legnagyobb, nyilván kívülről kevésbé honorált, és én ezt el is tudom fogadni, hiszen ez nem a felhasználók dolga, a legfontosabb teljesítménye az, hogy úgy sikerült mind a közigazgatás rendszerét, mind a köznevelés rendszerét, mind pedig az egészségügyi ellátás rendszerét átalakítanunk - itt az állami fenntartásba-vételről beszélek - , hogy közben minimális késlekedést szenvedtek az európai uniós projektek. Van, ahol egyáltalán semmit nem szenvedtek, van, ahol megálltak korábban már más ügyek miatt. Vácott jártunk legutóbb egy ilyen nagy kórház-rekonstrukció után, ott két évig parkolt a megkötött szerződés. Ez egy súlyos gond, de aztán mégiscsak elkészült, tehát az a célunk, hogy ez az átalakítás, ami szerintem újra visszahozza a tárcáknak a felelősségét és azt az egészség iránti irányítási felelősséget, amit én továbbra is hangsúlyoznék, hogy ha ez egy kézben van, akkor sokkal jobban számon kérhető és sokkal jobban elvállalható, azt meg fogja erősíteni.

Tehát ha az irányító hatóságok a tárcákhoz fognak kerülni, az elsősorban a jövő tervezési időszakra vonatkozik. Az ezzel kapcsolatos fogadó, dokkoló egységek kialakítása a kormány határozatának megfelelően zajlik. Tehát a mi államtitkárságunkon is kialakításra került, már megtörtént a személyi koncentráció, a forráskoncentráció, ahonnan sokkal jobban fogunk tudni beleszólni a döntésekbe is, az ellenőrzésbe is, hogy ez valóban egy összehangolt szakmai koncepció módján történjen meg, és elsősorban azoknak az érdekeit szolgálja, akiről látszólag a legkevesebbet beszélünk, de valójában minden intézkedésnek az az értelme, hogy egyrészt kevesebb beteg legyen, és hogy a betegeknek jobb legyen ebben a rendszerben, hogy gyorsabban gyógyuljanak meg. Köszönöm szépen a figyelmet, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen, miniszter úr. Egyetlen kérdést, én mint levezető elnök, Kiss képviselő úr az egészségügyi ágazatnak a minisztériumon belüli szerepére rákérdezett. Bocsánat, csak mint levezető elnök jelzem.

BALOG ZOLTÁN emberi erőforrások minisztere: Köszönöm szépen. Ez kár lett volna, ha kimarad. Ezt a kabinetfőnök asszony tudná, de ha a munkaórát összeszámolom, hogy mennyi időt töltök azzal, hogy Szócska államtitkár úr fejtegetéseit hallgatom, mindig csapattal érkezik, és utána pedig megpróbálok döntéseket hozni, és mennyit törődök más területtel, akkor azt gondolom, hogy az oktatás, tehát a köznevelés és a felsőoktatás együtt és az egészségügy nyerne. Hogy aztán ennek mi a hatásfoka, ezt képviselő úr részben már megítélte itt, ahogy az önre jellemző kedves módon felszólított arra, hogy mondjak le (*Derültség.*), legalább az egészségügynek az irányításáról. Nyilván ezt majd megméri a választók és megméri a szakma, én sohasem titkoltam azt – és itt kötelező a szerénység -, hogy én nem vagyok orvos, legfeljebb lélekgyógyásznak lehetne tekinteni eredeti szakmámnak megfelelően, de még annak is csak korlátozásokkal, ez ellen a pszichológus szakma nyilván szintén tiltakozna. Valóban talán először vagy másodszor fordul elő, hogy nem orvos irányítja az egészségügyet, de a jó hír az, hogy csak közvetve, merthogy közvetlenül valóban így van. Államtitkár úr irányítja, próbáltuk a magyar nagyzási hóbortot elkerülni azzal, hogy nem államminisztereknek nevezzük ezeket az államtitkárokat, de valójában autonóm módon a saját területén államtitkár úr irányít.

Én ezzel nem a felelősséget akarom áttolni, hanem csak megosztani közöttünk. Én nem érzem azt, most ha a személyemtől eltekintve, csak a személyre vonatkozott a kérdés, én nem érzem azt, hogy háttérbe szorulna a tárcán belül az egészségügy kérdése. Én inkább azokat a pozitívumokat érzem, itt még majd nyilván például pozitívum az, hogy a debreceni

rektorválasztásban jól tudunk konzultálni mind az egészségüggyel, mert ez egy olyan kérdés, ami egyébként számos olyan ágazatot érint, amelyik ott van a tárcánkon belül. Tehát érinti a felsőoktatást, érinti a köznevelést is, érinti az egészségügyet is, érinti egyébként az agrártárcát is, hiszen ott egy olyan egyetemi centrum van, amelyikben valóban az univerzitás jó lenne, ha most már tényleg megvalósulna egyfajta egységes irányításban. Ennyit még az érvrendszerhez.

Tehát ha megnézem, akkor sokkal inkább a szinergiát, az együttműködést teszi lehetővé az, hogy a tárcán belül van az egészségügy, de azt sem titkoltam, az elején talán erre is utalt képviselő úr, hogy ha lehetett volna választani, hogy mi az, amitől szeretnék megmenekülni, mint miniszter, akkor az egészségügy dobogós helyen volt, azt hiszem, aranyérmert kapott volna. De azt kell mondanom, hogy az összehangolás munkája a többi területtel szerintem egy olyan új lehetőség, ami indokolja ennek a mondjuk így, hogy megaminisztériumnak a létét. Szupert csak azért nem mondok, hogy nehogy minőségjelzőnek tekintse és egyfajta öndicséretnek képviselő úr ezt a kijelentést. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Úgy gondolom, hogy az a kritika, ami megfogalmazódott a vizontválaszokban a kritikai rész is markánsan megjelent a válaszokban.

Miután egykörös volt a vita, miniszter úrnak nagyon köszönöm a felvezetését és a válaszokat, a második félidőt már Cserhádi helyettes államtitkár úr is személyes jelenlétével tudta megtisztelni. Köszöntöm nagy szeretettel.

BALOG ZOLTÁN emberi erőforrások minisztere: Köszönöm az érdeklődést és a figyelmet.

ELNÖK: Én is köszönöm. Miután tájékoztatóról volt szó, nyilvánvalóan ezt nem kell megszavaztatni. Természetesen gyűjtjük a kérdéseket, és miniszter úrnak azt az intencióját pedig külön köszönöm, hogy a bizottság a kikérést illetően legyen bátor, és vállalja azokat a kérdéseket, amelyek bármelyik oldalról felvetődnek, itt a dohányzás kérdésére és annak a körére gondolok. Élni fogunk ezzel a lehetőséggel. Köszönöm szépen.

Ezzel az első napirendi pont végére értünk.

Egy nagyon-nagyon rövid bejelentenivalóm lenne. A következő héten a törvényi kötelezettségünkéből fakadóan valószínűleg két bizottsági ülésre fog sor kerülni. A mostani törvénytervezet a holnaputáni napon, csütörtökön, utolsó napirendi pontként kerül tárgyalásra. Tehát nem ma lesz az egészségügyi törvény általános vitája, hanem csütörtökön, a kora délutáni órákban várható. Ez ma jutott tudomásomra.

Tehát a jövő héten két bizottsági ülés lenne. Miniszter úrnak köszönöm a jelenlétét és további szép napot kívánok.

Még egyetlen feladatunk lenne. Az albizottság munkáját illetően, hogy el tudjunk indulni, újabb személycserére lenne szükség és lehetőség, amelyet kérném, hogy a bizottság támogasson. Heintz képviselő úr az albizottság munkájában a továbbiakban egyéb elfoglaltságai miatt nem tud részt venni, így miniszteri biztos asszonyt, Bábiné Szotzfried Gabriellát javaslom az albizottság tagjának. Aki ezzel a személyi változtatással egyetért, kérem, szavazza meg! *(Szavazás.)* Köszönöm szépen. Egyhangú.

Így a bizottság teljes körű, és Hollósi elnök urat kérem akkor a megfelelő egyeztetett témában a bizottság összehívására.

Mindenkinek köszönöm a jelenlétét. A mai bizottsági ülést bezárom.

(Az ülés befejezésének időpontja: 12 óra 16 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva