



Ikt.sz.: EGB/62-1/2013.

EGB-24/2013. sz. ülés
(EGB-100/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2013. november 25-én, hétfőn, 11 óra 08 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása</i>	6
<i>Egyes törvényeknek a gyermekgondozási ellátások átalakításával, valamint a szociális hozzájárulási adó megfizetése alóli kedvezmény bővítésével összefüggő módosításáról szóló T/13049. számú törvényjavaslat</i>	6
<i>A bizottság feladatkörébe tartozó módosító javaslatok megvitatása</i>	6
<i>A Nemzeti Fejlesztés 2030 – az Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Konceptióról szóló H/13094. számú határozati javaslat</i>	9
<i>Tipold Ferenc főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium) szóbeli kiegészítése</i>	9
<i>Kérdések, vélemények, hozzászólások</i>	10
<i>Tipold Ferenc főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium) válaszai</i>	20
<i>Szavazás az általános vitára való alkalmasságról</i>	21
<i>Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló T/13099. számú törvényjavaslat</i>	21
<i>Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli kiegészítése</i>	22
<i>Dr. Cserhádi Péter miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli kiegészítése</i>	23
<i>Kérdések, vélemények, észrevételek, válaszok</i>	27

Napirendi javaslat

1. Egyes törvényeknek a gyermekgondozási ellátások átalakításával, valamint a szociális hozzájárulási adó megfizetése alóli kedvezmény bővítésével összefüggő módosításáról szóló törvényjavaslat (T/13049. szám)
(A bizottság feladatkörébe tartozó módosító javaslatok megvitatása)
2. A Nemzeti Fejlesztés 2030 – az Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepcióról szóló határozati javaslat (H/13094. szám)
(Általános vita)
3. Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslat (T/13099. szám)
(Általános vita)

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

Elnököl: **Dr. Kovács József** (Fidesz), a bizottság elnöke
Dr. Bene Ildikó (Fidesz), a bizottság alelnöke
Dr. Gyenes Géza (Jobbik), a bizottság alelnöke

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz)
Dr. Heintz Tamás (Fidesz)
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Horváth Zoltán (Fidesz)
Dr. Iván László (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz)
Dr. Szalay Péter (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Tukacs István (MSZP)
Hegedűs Tamás (Jobbik)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)
Szilágyi László (független)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Horváth Zsolt (Fidesz) dr. Puskás Tivadarnak (KDNP)
Horváth Zoltán (Fidesz) megérkezéséig dr. Iván Lászlónak (Fidesz)
Kucsák László (Fidesz) dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz) Bábiné Szottfried Gabriellának (Fidesz)
Dr. Daher Pierre (Fidesz) dr. Zombor Gábornak (Fidesz)
Dr. Szalay Péter (Fidesz) megérkezéséig dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz) megérkezéséig dr. Heintz Tamásnak (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP) megérkezéséig dr. Szabó Tamásnak (Fidesz)

Hozzászólók:

Fűrész Tünde főosztályvezető (Emberi Erőforrások Minisztériuma)
Wágner Péter főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma)
Tipold Ferenc főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium)
Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)
Dr. Cserháti Péter miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Jelenlévők:

Görög Norbert jogi főreferens (Emberi Erőforrások Minisztériuma)

Kohán Zoltán szakértő (Nemzetgazdasági Minisztérium)

Borbély Mátyás szakértő (Nemzetgazdasági Minisztérium)

(Az ülés kezdetének időpontja: 11 óra 08 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. november 25-ei, hétfői, 11 órára meghirdetett ülésén. A három napirendi pontot remélhetőleg mindenki megkapta előzetesen. Az első napirendi pont: Egyes törvényeknek a gyermekgondozási ellátások átalakításával, valamint a szociális hozzájárulási adó megfizetése alóli kedvezmény bővítésével összefüggő módosításáról szóló törvényjavaslat, mely T/13049. számon lett benyújtva, a bizottság feladatkörébe tartozó módosító javaslatok megvitatása. A második napirendi pont: A Nemzeti Fejlesztés 2030 – az Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepcióról szóló határozati javaslat, H/13094. számon, az általános vitára való alkalmassága. A harmadik napirendi pont: Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslat, T/13099. számon, általános vitára való alkalmassága.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes. Aki az ismertetett és kiközölt napirendeket elfogadja, kérem, kézfelemeléssel erősítse meg. (Szavazás.) Köszönöm szépen. A bizottság a napirendet elfogadta.

Egyes törvényeknek a gyermekgondozási ellátások átalakításával, valamint a szociális hozzájárulási adó megfizetése alóli kedvezmény bővítésével összefüggő módosításáról szóló T/13049. számú törvényjavaslat

Rátérünk az első napirendi pont tárgyalására, a T/13049. számú törvényjavaslatra. A benyújtó az Emberi Erőforrások Minisztériuma. A minisztérium államtitkárságának képviselőjében köszöntöm Fűrész Tünde főosztályvezető asszonyt és Görög Norbert jogi főreferens urat és Wágner Péter főosztályvezető-helyettes urat.

A bizottság feladatkörébe tartozó módosító javaslatok megvitatása

Minden képviselőtársam előtt ott van az ajánlástervezet, ami szerint dolgozunk. Megkérdezném, hogy kormány- vagy tárcaálláspontot fogunk-e hallani.

FŰRÉSZ TÜNDE főosztályvezető (Emberi Erőforrások Minisztériuma):
Tárcaálláspontot.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Rátérünk a bizottság feladatkörébe tartozó módosító javaslatok tárgyalására.

Az 1. ajánlási pontban, összefüggésben a 10., 15. és 18. ponttal – a 2. számú módosító javaslat – Pál Béla és Gúr Nándor (MSZP) nyújtottak be javaslatot, az ellátásokhoz való jogosultságot mindkét szülőre kiterjeszti. Kérdezném, hogy a bizottság részéről van-e kérdés, észrevétel a módosítóhoz. (Nincs jelzés.) Amennyiben nincs, akkor megkérdezném a tárca álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma):
Tisztelt Bizottság! Én mondanám akkor a tárcaálláspontot. Nem támogatja a minisztérium ezt a javaslatot, azzal az indoklással, hogy nem szeretne a minisztérium olyan helyzetet teremteni, amikor a dupla ellátás egyfajta segélypótló szerepet játszana. Tehát amikor esetleg arra ösztönözne, hogy egyik szülő se dolgozzon.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Tehát a tárca nem támogatja. Kérdezem, ki az, aki támogatja ezt a módosító javaslatot. *(Szavazás.)* 2 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 16 nem. Tartózkodás? *(Szavazás.)* 3 tartózkodás. Egyharmadot sem kapott.

A 2. ajánlási pontban, összefüggésben a 4. ponttal – a 10. számú módosító javaslat – szintén Pál Béla és Gúr Nándor javaslata található, amelynek a tárgya a gyermekgondozási díjhoz való jogosultság szülők közötti megosztása és annak 3 hónappal történő meghosszabbítása. Kérdezem a tárca álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A tárca nem támogatja a javaslatot.

ELNÖK: A tárca nem támogatja. Kérdezem, ki az, aki támogatja ezt a módosító javaslatot. *(Szavazás.)* 2 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 16 nem. Tartózkodás? *(Szavazás.)* 3 tartózkodás. Egyharmadot sem kapott.

A 3. ajánlási pontban, összefüggésben a 14. ponttal – a 14. számú módosító javaslat – Révész Máriusz és Talabér Márta (Fidesz) javaslata található, amelynek tárgya: a gyermekápolási táppénz igénybe vehetővé válik abban az esetben is, ha az egyik szülő a gyermek után egyidejűleg terhességi-gyermekágyi segélyre, gyermekgondozási díjra, gyermekgondozási táppénzre vagy saját jogán táppénzre jogosult.

Kérdezném a tárca álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A minisztérium támogatja a javaslatot.

ELNÖK: Támogatja a javaslatot a minisztérium. Kérdezem, ki az, aki támogatja ezt a módosító javaslatot. *(Szavazás.)* Köszönöm szépen. A bizottság egyhangúlag támogatja a módosító javaslatot.

Az 5. ajánlási pontban, összefüggés nélkül, a 17. számú módosító javaslatot Szabó Timea (független) nyújtotta be, amely a gyermekgondozási díjhoz való jogosultság szülők közötti megosztását tartalmazza. Kérdezném a minisztérium álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A minisztérium hasonlóan az egyik korábbi szocialista javaslathoz, amely lényegében ugyanez volt, nem támogatja.

ELNÖK: Kérdezem, ki az, aki támogatja a módosító javaslatot. *(Szavazás.)* 2 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 16 nem. Tartózkodás? *(Szavazás.)* 3 tartózkodás. Egyharmadot sem kapott.

A 6. ajánlási pontban, a 9. ponttal összefüggésben – az 5. számú módosító javaslat – Pál Béla és Gúr Nándor javaslata található, amely pontosításokat tartalmaz. A részleteket nem ismertetném, mindenki elolvashatta. Kérdezném a tárca álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A minisztérium nem támogatja, de azt hozzáfűzném, hogy ez egy tartalmában jogos, helyes javaslat, de ezt egy kapcsolódó módosító javaslat keretében, egy kicsit kibővítve fogja kezelni a tárca.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Tehát ebben a formában nem. Kérdezem, hogy ebben a formában ki az, aki támogatja a módosító javaslatot. *(Szavazás.)* 5 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 13 nem. Tartózkodás? *(Szavazás.)* 3 tartózkodás.

A következő ajánlási pont a 7-es, összefüggés nélkül, a 14. számú módosító javaslat Révész Máriusz és Talabér Márta (Fidesz), szintén pontosításokat tartalmaz. Kérdezném a minisztérium álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A minisztérium támogatja a pontosító javaslatot.

ELNÖK: Ki az, aki támogatja ezt a módosító javaslatot? *(Szavazás.)* Egyhangú. Köszönöm szépen.

A 8. ajánlási pontban, összefüggés nélkül, a 12. számú módosító javaslatot Sneider Tamás, Baráth Zsolt, Vágó Sebestyén (Jobbik) nyújtották be, a gyed összege korlátozásának megszüntetését tartalmazza.

Kérdezném, hogy van-e kiegészítés? *(Nincs jelzés.)* Nincs. Kérdezem a tárca álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A tárca a költségvetési fedezet hiányára tekintettel nem tudja támogatni. Tehát nem.

ELNÖK: Ki az, aki támogatja a módosító javaslatot? *(Szavazás.)* 4 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 16 nem. Tartózkodás? *(Szavazás.)* 1 tartózkodás.

A 11. ajánlási pontban, összefüggés nélkül, a 9. számú módosító javaslatot Pál Béla és társai nyújtották be, a jogosultság fennálljon idegen nyelvű, illetve külföldi felsőfokú képzéseken való részvétel esetében is. Kérdezném a minisztérium álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A minisztérium nem támogatja.

ELNÖK: Ki az, aki támogatja? *(Szavazás.)* 5 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 16 nem. Tartózkodás? *(Nincs jelzés.)* Egyharmadot sem kapott.

A 12. ajánlási pontban, összefüggés nélkül, a 15. számú módosító javaslatot Révész Máriusz és Talabér Márta nyújtotta be, az új szabályok alkalmazásához szükséges felkészülési idő biztosítása céljából 2014. május 11. helyett 2014. december 31-ig rendeli alkalmazni azt az átmeneti szabályt, ami lehetővé teszi, hogy ha a 2013. július 15-e előtti szabályozás alapján magasabb ellátás járna, akkor az ellátás összegét a korábban hatályos feltételek alapján kell megállapítani.

Kérdezném a minisztérium álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A minisztérium támogatja.

ELNÖK: Ki az, aki támogatja ezt a módosító javaslatot? *(Szavazás.)* Köszönöm szépen. Egyhangú.

A 13. ajánlási pontban, összefüggés nélkül, a 11. számú módosító javaslatot Sneider Tamás, Baráth Zsolt, Vágó Sebestyén (Jobbik) nyújtotta be, azt a korlátozást kívánja feloldani, miszerint az ellátások csak a 2013. december 31-ét követően született gyermekek után járnak.

Kérdezném a tárca álláspontját.

WÁGNER PÉTER főosztályvezető-helyettes (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A tárca nem támogatja.

ELNÖK: Nem támogatja. Kérdezem, ki az, aki támogatja a módosító javaslatot. *(Szavazás.)* 5 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* 16 nem. Tartózkodás? *(Nincs jelzés.)* Egyharmadot sem kapott.

Köszönöm szépen. A módosító javaslatok tárgyalásának a végére értünk. Kérdezem a bizottság tagjait, hogy van-e olyan módosító javaslat, amiről nem szavaztunk és a bizottság feladatkörébe tartozott volna. *(Nincs jelzés.)* Ilyen észrevételt nem látok.

Így az első napirendi pont végére értünk. Köszönöm az előterjesztőknek és a bizottság tagjainak az első napirendi pontban végzett munkát.

Megyünk tovább a második napirendi pont tárgyalására.

A Nemzeti Fejlesztés 2030 – az Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepcióról szóló H/13094. számú határozati javaslat

A 2. számú napirendi pont a H/13094. számú javaslat. A javaslat benyújtója a Nemzetgazdasági Minisztérium. A Nemzetgazdasági Minisztérium képviselőjében köszönhetjük Tipold Ferenc főosztályvezető urat, Kohán Zoltán és Borbély Mátyás szakértő urakat. Köszönöm szépen.

Megkérném a tárca részéről főosztályvezető urat, hogy a szóbeli előterjesztését az írásos anyaghoz tegye meg.

Tipold Ferenc főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium) szóbeli kiegészítése

TIPOLD FERENC főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Az önök előtt lévő anyag, az országos fejlesztési és területfejlesztési koncepció egy széles körű társadalmi egyeztetés keretében alakult ki, amelynek során több mint 60 szervezet, köztük a Magyar Tudományos Akadémia illetékes intézménye, több mint 1300 javaslatot tevő személy, illetve több mint 20 fórum rendezése történt meg, amelyben mind a társadalmi szereplőkkel, mind pedig a területi szereplőkkel megtörténtek az egyeztetések. Ez körülbelül két év munkáját jelenti.

Ez az első olyan dokumentum, ami az ágazati és a területfejlesztési elképzeléseket egybefogja.

Szeretném azt is jelezni, hogy ez az egybefogás nem egy mechanikus egybefogást jelent, hanem gyakorlatilag egymás hatására építve, egymás hatását kiegészítve, mintegy felerősítve jelennek meg ezek az intézkedések.

Ez a dokumentum egy valódi stratégia, ami alatt én azt értem, hogy több irányba is meghatározza a fejlesztés menetét. Természetesen iránymutató az ágazati stratégiák kidolgozásában, természetesen iránymutató az uniós tervezés során mind a partnerségi megállapodás, mind az operatív programok kidolgozása során, és nem utolsósorban a területi tervezés során, itt a megyékre kell gondolni, akik megkapták a területfejlesztés középszintű szerepét, koncepciót és programot készítenek, és a kormány bevonta őket az operatív programok tervezésébe is, sőt saját dokumentumot is készítenek.

A koncepció jövőképe gyakorlatilag azt sugallja, hogy Magyarország 2030-ra Kelet-Közép-Európa egyik gazdasági, szellemi központja lesz. Ezt a jövőképet négy átfogó céllal kívánja elérni. Ezek közül, amelyik itt nagyon fontos, ez a népesedési fordulat, egészséges, megújuló társadalom. Természetesen több cél is szolgálja ezeket az átfogó célokat, 13 specifikus cél, ebből 7 ágazati, 6 területfejlesztési, és miután említettem, hogy az európai uniós tervezés során is iránytű, ezért 7 olyan nemzeti prioritást jelenít meg, amely gyakorlatilag az uniós tervezésre fókuszál.

Azt nagyon jól tudjuk, hogy az egészségügyi állapotunk nemzetközi összehasonlításban nem igazán jó. Azt is nagyon jól tudjuk, hogy a születéskor várható

élettartamunk elmarad az Európai Unió átlagától. Ennek több oka van. Azért a jelentősek a keringési rendszeri betegségek, a daganatos, az emésztőrendszeri, légzőszervi és egyéb külső okok, itt gondolunk az öngyilkosságra, balesetekre. Magas a rokkantnyugdíjasok aránya, szintén létezik az alkoholizmus, a kábítószer-fogyasztás.

Mit kínál ezzel szemben az új időszak? Természetesen jelezni, hogy az elkövetkezendő időszakban a jó egészséget egyéni és társadalmi erőforrásként képzeljük el, a fenntartható gazdasági fejlődés növekedés egyik záloga. Nagyon jól tudjuk, hogy az egészséges ember többet tud dolgozni, kevesebbet betegeskedik. Szintén ezért fontos a betegség-megelőzés, természetesen a gyógyítás, rehabilitáció.

Szeretném megemlíteni azt is, hogy a fejlesztéspolitika oldaláról intézményrendszeri fejlesztések, az eszközellátottság növelése képzelhető el. Leginkább az EFOP-on belül, ez az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program. Ezt a programot az EMMI tervezi, természetesen a többi tárcával együttműködésben.

Szintén nagyon fontosnak tartjuk a képzést. Szintén ezen belül fog megjelenni, alapvetően ESZA-forrásokból. Szintén lehet a fejlesztéspolitika oldaláról intézkedéseket tenni az egészségtudatos nevelés érdekében, tehát a sportolás, az egészséges táplálkozás érdekében. Köszönöm szépen a szót, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Ezt követően a képviselői kérdések, észrevételek következnek a napirendi ponttal kapcsolatosan. Kiss képviselő úr!

Kérdések, vélemények, hozzászólások

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Kedves Vendégek! Képviselőtársaim! Én megmondom őszintén, én csak az egészségügyre vonatkozó részt olvastam át, és mondjuk beleolvastam a többibe is, de nekem úgy tűnt, mint egy ilyen vágyálmok összessége maga ez a nemzeti fejlesztési terv.

Nyilván ahogy az ember mazsoláztatott benne, vagy ahogy olvasta, sok mindenhez lehetne vagy tudna hozzátenni, esetleg másként vagy még kiegészíteni. Nekem az a szembetűnő, hogy ha mondjuk az egészségügynél maradunk, itt a humán erőforrás, az egészségipar fejlesztése, én mondjuk gyógyító, gyógyuló Magyarországot fogalmaztam volna meg, valahogy a kormány jelenlegi politikája mintha nem korrelálna ezzel a vágyálmok összességével. Egyébként helyes, tehát teljesen jó, pozitív dolgok vannak benne, nem ezt kritizálnám, hanem azt, mintha a kormány mostani politikája nem ezzel azonosulna.

Tehát nem tudom, hogyan gondolják azt, hogy fejlesszük az egészségipart. Látom, hogy itt a gyógyfürdőket több helyen megemlítik, de kivel fogják megvalósítani? Amikor már a normál ellátás van veszélyben, akkor még az egészségipart szeretnék fejleszteni, tehát úgy látom, hogy mint gyógyító Magyarország, tehát egyfajta gyógyító centrumként képzelik el, ami teljesen reális és jogos, ez a mi programunkban is megjelenik, hiszen tudjuk – illetve önök jobban tudják –, hogy Nyíregyházán a VIP-szobák tele vannak a kórházban, mert Kárpátaljáról, Ukrajnából meg Oroszországból jönnek gyógyulni. Úgy látom, hogy már nem is a felső, hanem a felső-középosztály jön, azért jönnek, mert tulajdonképpen majdnem olcsóbb Magyarországon a kórházi kezelés, mint Ukrajnában.

Tehát arra szeretném felhívni a figyelmet, hogy kivel kívánják ezt megvalósítani? Hogy lesz rá orvos, ha bezárjuk a kórházakat? Én maradnék Szabolcsnál, ha bezárják a vásárosnaményi kórházat, persze, lehet majd eszközt beszerezni, de hogy ki fog gyógyítani, azt nem tudom.

Aztán maga az oktatás. Van négy nagyon jó hírű és nagyon magas színvonalon oktató orvosi egyetemünk. Nekem az jut az eszembe, hogy ki fog menni ezekre az orvosi egyetemekre? Nem mindenki alkalmas orvosnak és nem mindenki alkalmas jó orvosnak, tehát egy megfelelő középszintű képzés nélkül nem elképzelhető a magas szintű felsőfokú képzés.

Tehát nekem ez a legérdekesebb ebben, hogy mintha a kormány – még egyszer mondom, már harmadszorra mondom – nem ezen program mentén politizálna. Tehát nekem ez az egyik meglátásom.

A másik az, hogy valóban ez az óhajok összessége, de nem látom benne, hogy hogyan kellene ezt megoldani. Tehát nem látom ezen fejlesztési koncepció mentén, hogy mik lesznek azok a megoldások.

Többször olvashatunk arról, hogy a hátrányos helyzetű térségekben mennyivel rosszabb, tehát milyen a lakosság egészségi állapota, mekkora területbeli különbségek vannak, és úgy látom, mintha ezt alapvetően az anyagiakra hegyeznék ki. Holott nem vagyok abban biztos, hogy csak az alacsony anyagi ellátottság automatikusan kell hogy azonosuljon a rossz egészségi állapottal.

Tehát aki szegény, már ez a szegény kifejezés is elég fura, annak nem biztos, hogy egészségileg is sokkal rosszabb állapotban kell lenni, mint a jobb módúnak. De itt ez valahogy erre van kihegyezve. Tehát még egyszer mondom: én hiányolom ezen programok megvalósításának a megoldási útjait. Köszönöm, ennyi lett volna.

ELNÖK: Köszönöm. Gyenes Géza alelnök úr!

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. A rendszerváltás óta eltelt már 20-egynéhány évben orvosként mindig tényleg azt várta az ember, hogy azok a tárca által is hivatkozott megbetegedési, halálozási adatok, amelyek tényleg tragikusan rosszak, és örülök, hogy végre egyszer a tárca szájából hangzik el, mármint nem az egészségügyi tárca szájából, hanem most éppen azéből, aki ezt a tervet készítette, de nyilván egészségügyi közreműködővel, hogy ezen kellene változtatni.

Az elmúlt húsz évben eddig mindig csak szöveg volt, mert mindig voltak ilyen-olyan népegészségügyi könyvek, tervek, de gyakorlatilag valóban egy tapodtat nem mozdultunk a statisztikák tanúsága szerint. Illetve amennyit mozdultunk mi egy picit előre az abszolút számok tekintetében, annyit mozdult Európa is. Tehát az utolsó helyünk teljesen bebetonozott és garantált volt és maradt.

Vehetjük úgy is, hogy rendben van, ez a kormány is elhatározza, hogy mond valami szép távlatos dolgot 2030-ig, vagy az elkövetkező 30 évre gondolt (*Horváth Zoltán: 16.*), mindig van az emberben egy félsz orvosként, hogy ez megint csak papíron marad. Kiss képviselőtársamhoz abszolút csatlakozva, én azt vártam a Fidesz mostani kormányától, kétharmados kormányától, hogy ebben a kérdésben, amit a programalkotásban az egészségügy megmentéseként aposztrofált, hogy elkezdődik kézzelfoghatóan egy olyan munka, aminek eredményeképpen azok a statisztikai számok mégiscsak elindulnak - legalább egy tendenciaként - a javulás irányába.

Legyünk őszinték, ez nem a Fidesz-kormány bűne, ez az egész rendszerváltással kapcsolatos összes kormányzat bűne, akik egyetlenegy nagy dolgot nem tettek meg, soha nem volt politikai szándékuk valóban a népegészségügyi helyzet javítására.

Hogy ha ez egy politikaiszándék-kinyilatkoztatás volt, akkor mondom, ennek örülni lehet és kell is, csak a reménykedés akkor lenne igazán jogos és örömteli, ha az ember valóban azt látná, hogy a mindennapi kormányzásban is bizonyos tendenciák elindulnak.

Kétségtelen, hogy elindultak, Sanyi szintén kiemelte a humánerő problematikáját, hogy lassan már nem marad senki olyan gyógyító ebben az országban, aki a beteget ellátja, aki a fiatal orvost megtanítja kellőképpen, hiszen ez egy tapasztalati szakma, ezt nem lehet gyakorlatilag csak könyvből megtanulni. Tehát az egész képzési lánc is eléggé csorbát szenvedett ezzel, és nyilván ha az egészségügyi dolgozók egzisztenciálisan sem találják meg a kellő társadalmi megbecsülésben a helyüket, illetve lassan olyan hatalmas munkateher hárul rájuk, aminek az eredménye a közömbösség, a kiegészítés lesz, akkor valóban jó lett volna. Jó,

elindították a bérfejlesztést, ezt nem lehet tagadni. Elindult, csak például az idej költségetési vitában már többször elhangzott a kritika, hogy hol vannak a lépcsőzetesség további forrásai, mármint hogy tovább lehessen folytatni, hol van az a réteg, aki egyáltalán nem kapott, körülbelül 60 ezer ember - egészségügyi és az egészségügyben dolgozók tekintetében nézve -, akik nem kapták meg, náluk is el kellene kezdeni. Mikor fogják a befagyasztott ügyeleti díjakat felszabadítani? Hiszen gyakorlatilag jelen pillanatban olyan megnövekedett munkateher hárul az itt maradó orvosokra, egyszer államtitkár úr tett egy nyilatkozatot, hogy igen, kérem, vannak problémák, például Ózdon is van probléma, hogy két darab aneszteziológus maradt, de a MOSZ elnöke, Bélteczki János úr ott áll a vártán és helytáll.

Tisztelettel közlöm a bizottsággal, hogy Bélteczki János úr a múlt hét végén egy ilyen infarktusközeli állapotba került, úgyhogy ő sem áll már a vártán, úgyhogy nem tudom, mit fog csinálni az ózdi menedzsment, hogyan fogja tovább vinni a kórházat, és hogyan lesz ott érdemi ellátás aneszteziológus nélkül.

Tehát nagyon égetőek ezek a problémák, és valahogy én a politikai szándékot nem látom világosan. A jövőre nézve szépek ezek a dolgok, de azt nem látom, hogy a mindennapi életben is elkezdődne egy olyan változtatás, aminek érdeme van, eredménye van, és elindul majd azoknak az adatoknak a javulása. De például az is nagyon furcsa volt, hogy a költségvetésben a kórházak adósságállományára sem láttunk igazán fedezetet. Hallottam a sajtóból, hogy körülbelül 30 milliárdot ebből a kormányzat lerendezett, de még lesz legalább 70 milliárd hiány ezen kívül.

Egy picit az a roppant rossz érzése az embernek, hogy ha eddig a kormányzat ezt nem pótolja, nem egyenlíti ki, nem áll szándékában, akkor a betegeket jövőre, 2014-ben a beszállítók jóindulatára bízzák. Ugyanis megkapta a beteg az ellátást, csak éppen a beszállítók nem kapták meg azt a pénzt, amivel gyakorlatilag ők beszálltak ebbe az ellátásba.

Tehát ha jövőre a beszállítók azt mondják, hogy ennyi volt és nincs lehetőségük, nincs módjuk, nincs szándékuk ezt tovább finanszírozni, akkor mi az isten lesz? Hol lesz itt minőségi javulás az ellátásban, egyáltalán mi lesz az egészségüggyel?

Tehát megint azt mondom, hogy a távlati tervek szépek, de a távlati terveket megalapozni már most kellett volna, akár három évvel ezelőtt, de még talán most sem késtek el, csak valahogy ezeket nem látjuk, és ezért rosszallom, hogy a jövő évi költségvetésben az egészségügy, noha némi emelést kapott, de relatíve ez nem segít igazából semmit.

Tehát egy picit azt kellene tennie a tárcának, de úgy látom, hogy az egészségügy problematikájából gazdasági kérdést csinálnak állandóan, és az egészségügyi tárca, nem mintha őt nem lehetne éppenséggel szidni vagy éppenséggel bármivel is vádolni, de megmondom őszintén, hogy a másik törvénytervezet kapcsán, amit tárgyalni fogunk, pontosan azt látom, hogy az egészségügyi tárca szakmailag támogatható elképzeléseinek megvalósítását például leállítja az Igazságügyi Minisztérium. Tehát ezt azért mondtam el analógiában, hogy jó lenne, ha ezekhez az elképzelésekhez a tárca megkapná azt az anyagi, erkölcsi és elsősorban politikai szándékbéli támogatást, amitől az önök szép terve remélhetőleg megvalósul.

De ennek a megvalósítását már tegnap vagy tegnapelőtt el kellett volna kezdeni, vagy legalábbis azt mondani, hogy van 1860 feladatunk és az 1860 feladatból már hármat megoldottunk, mert körülbelül így akkor azt hinné az ember, hogy akkor ez így folytatódik. Egy picit lóg a levegőben. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Iván professzor úr!

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Rendkívül fontos témáról van szó. Én nem is tudom, hogy hány száz előadást, hány száz közleményt írtam már életemben az egészséggel kapcsolatos problémákról és lehetőségekről. Én csak azt szeretném mondani,

hogy ez is, mint ahogy a parlamentben elmondtam a költségvetéssel kapcsolatosan két hete, hogy ez a költségvetés szakmailag sokféle szempontból természetesen nem lehet tökéletes. Nem is tökéletes. De a remény költségvetése. Ez az anyag, ez a módosító törvényjavaslat feltétlenül a remény módosító javaslata, ami azt jelenti, hogy most csépelhetjük, szidhatjuk és mondhatunk mindent, elmaradásainkról, problémáinkról, ennek millió hibájáról, a vizsgálatok, a mérések tökéletlenségéről, és sok minden olyasmi következtetésről, ami egyébként egy statisztikai, klisézett adathoz hozzáfűzött valamilyen megállapítást. Tehát a minősítések.

A minősítések és a statisztikák klisézése egy nagy adminisztratív, bürokratikus förendszerhez kapcsolódóan minden területnek, így az Európai Uniónak, Magyarországnak is a sajátos kliséző szokásrendjén túlmenően az úgynevezett gazdasági megszabhatósága alapján történik.

Arra szeretném csak felhívni a figyelmet a magunk részére és természetesen a témához kapcsolódóan is, hogyha elkezdjük azt vizsgálgatni és boncolgatni - és ezt számtalanszor látjuk -, hogy mi az, ami hiba, mi az, ami bűn, mi az, ami helyrehozhatatlan és mi az, ami szörnyűséges dolog az előzőekben és a háttérben, akkor semmire se megyünk. Egy valamivel tudunk előbbre jutni, ha a remény szempontjai szerint azt mondjuk, hogy vannak olyan mutatók - a statisztikák tökéletlensége ellenére is -, amelyek jelzik, hogy valami változik. Itt van például a dohányzás, a dohányzás visszaszorításához kapcsolódó törekvések. Ezt mindenki érthetően, értelmesen el is fogadta, bár rövid távon ezek a statisztikai mutatók óvatosságra intenek, ezt követéses vizsgálatokkal és ellenőrzésekkel kell értelmezni és minősíteni, de az akut infarktusok száma mintha - azért mondom, hogy mintha, mert ezt követni kell - csökkenne. Ez egy óriási dolog. Éveken, évtizedeken keresztül ez nem volt. Ugyanakkor Franciaországban a kardiovaszkuláris dolgoknak, a szívinfarktusnak, a cerebrovaszkuláris dolgoknak a tendenciájában lényeges csökkenések következtek be az elmúlt 30-40 éven belül. Hogy aztán ez mivel függ össze, hogyan függ össze, erről is lehet elmélkedni, a legmagasabb szintű tojásfejű - bocsánat a kifejezésért - akadémiasság is kevés ahhoz, hogy megállapítsa, mert ők is, mi is, mindannyian klisékből, statisztikai adatokra támaszkodva minősítünk. De az, hogy a lelkiállapota a magyar népességnek nem összehasonlítható a többi európai országgal, hogy nem összehasonlítható mondjuk Dél-Afrikával vagy Afrika középső részével, és Dél-Kelet-Ázsiával, ez tény. Ezt minden épelméjű ember látja, hogy egészen mások ezek a viszonyok. Mint ahogy a környezeti ártalmak is teljesen mások.

De mi mindenesetre szeretnénk állandóan egy ilyen támaszbotra, egy ilyen mankóra támaszkodva, mindig valamihez viszonyítani magunkat.

Én azért mondom el ezeket, mert a statisztikához fűződő nagyon komoly tudományos háttér elkerülhetetlenül fontos. De a lelkiállapot, és az emberek egymáshoz való viszonyának a szociológián keresztül a társadalomlélektani dolgokon keresztül nagyon fontos jellegzetességeit figyelembe kell vennünk egyedileg is, csoportosan is, a kisebbségek szempontjából is és ez nem kerül be tulajdonképpen igazán a minősítések kritériumai közé. Nyilvánvaló, akár a kisebbségek közül a cigányságot, akár a hátrányosságot, akár a szegénységet nézzük, mert ezek is kisebbségek, vagy esetleg egy törekvés tendenciájában fokozódó problémát jelentenek.

Azt is szeretném mondani, ami viszont nagyon fontos, hogy mindezek figyelembevételével, ha a magyarokról és a magyar népességi dolgokról beszélünk, akkor ne akarjunk arabusul beszélni. Most véletlenül mondtam csak, hogy arabusul, a keleti nyitást illetően, de ne beszéljünk arabusul. Tehát nekünk a tradícióinkat, a szokásrendünket, a vizsgálati ismereteinket és tudásunkat meg kell őrizni ahhoz, hogy az újabb és újabb változásokhoz tudjunk igazodni. Ez a törvényjavaslat úgy tűnik, hogy ezt kielégíteni látszik a remény módosító javaslataként. De felhívom a figyelmet arra is, hogy az elosztásokban, a

magas technológiával, magas technikai szervezéssel, igen drága eszközöknek a beszerzésénél azt hiszem, nem eléggé vagyunk mértéktartóak, és nem eléggé vagyunk racionálisak.

Mondok egy példát. A PET-MR technológiai rendszer egy fantasztikus dolog, ebből Európában van 16. Magyarországon most telepítettünk egyet, nem akarom mondani a helyet, nem akarom mondani az igazgatóját, a professzorát, de 3 milliárd forint. Én most nem tudom, hogy ez a 3 milliárd forint milyen támogatású, EU-támogatású vagy milyen más, mert a részleteket nem tudom, de ha rágondolok, hogy ebből hány egyéb, lényegesen kisebb befektetési költséggel járó, lényegesen jobban felhasználható, esélyközeliséget, esélyközeliségen keresztül elérhetőseget jelentő telepített, magas technológiájú műszer vagy technikai egység képezhető lenne, akkor sírok. Sírok azért, hogy fő a csúcs, a technológiai csúcs, a világszínvonal szempontjából, nagyszerű dolog, kutatásra, egyebekre, és így tovább, de az elérhetőség, a magyarországi nem véletlen, az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy az elérhetőség és a közelség és a közvetlenség és a megfelelő minőségi, regionális és helyi feltételekhez való hozzáférhetőség maradt el rendkívüli módon. És ez akkor is így igaz, ha mi próbáljuk ezt menteni és magyarázni, hogy ezért meg azért. Jó tudni a múltat, jó tudni a múlt hibáit, de ez egy ténykérdés. Akkor, amikor akár a tanyákat, akár a szegregált területeket, akár a hátrányos helyzetű, szlömösödött városrészeket nézem, igenis, ki kell mondanom, akár a közlekedés, akár a mentés, akár más szempontjából tökéletlenek vagyunk. És nem azért vagyunk tökéletlenek, mert nem javul hál' istennek, de azért vagyunk tökéletlenek, mert nem rendszerben, arányosan próbáljuk mindezt elérni.

Tehát én felhívom a figyelmet arra, hogy ezekre az arányosságokra, ezekre a szempontokra a jövőben nekünk ennek a tárgyalásán keresztül is és a továbbiakban is nagyon komolyan kell figyelniünk, és ez nem azt jelenti, hogy megelégedhetünk azzal, hogy bárki, felelős személy, közfelelős, közköteles feladataiban azt mondja, hogy dolgozunk rajta. Természetes, nem is lehet másképp, minden státusznak, minden feladatnak megvan a közköteles és egyéni felelősségi és kötelezettségi szintje. Ez kell, ezért dolgozunk, csináljuk. De nem elég nekünk azt mondani, hogy dolgozunk rajta, igenis, meg kell teremteni azt az átláthatóságot, azt a feltételt, azt a térképet, amin belül azt is meg merjük fogalmazni, hogy valahol miért tökéletlen valami. Meg tudjuk fogalmazni azt, hogy az onkológiáról kibocsátott beteg valahol, bármelyik pontján az országnak, hogyan tud eljutni a kontrollra, hogyan tud eljutni a kemoterápiára, hogyan tud eljutni a röntgenbesugárzásra, és így tovább. De a városban ugyanez a helyzet.

Én nem toldanám-foldanám a dolgokat tovább, én csak villanásszerűen, ilyen spotline-szerűen szerettem volna ezt a gondolatot kifejezni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, professzor úr. Horváth Zoltán képviselő úr!

HORVÁTH ZOLTÁN (Fidesz): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Én röviden, néhány dologra szeretnék reflektálni, ami itt elhangzott. Az egyik: Kiss képviselő úr kórházbezárásokról vizionált. Én nem tudok kórházbezárásról sem Szabolcsban, sem máshol, csak a jegyzőkönyv szempontjából gondoltam, hogy ezt tegyük a helyére.

A másik pedig az orvosok számának drasztikus alakulását szintén jobbikos képviselőtársunk feszegette. Itt előttem van egy anyag, ez az Info-Szolg, és a 3. oldalán, az orvosok száma Magyarországon adatánál azt látom, hogy például 2005-ben 32 563 orvos volt, 2011-ben 34 736.

Nem mondom, hogy a helyzet optimális, nem mondom, hogy ideális, de azért akkora probléma, amely a mindennapi betegellátást veszélyeztetné, nem vagyok kórházigazgató, de elég sűrűn szoktam konzultálni kórházigazgatókkal, azt gondolom, hogy ezt a helyére kell tennünk, nincs így. Vannak nehézségeink, ezt nem titkoljuk, de az, hogy olyan típusú állapot van, amely lehetetlenné tenné az ellátást, ez egyszerűen nem igaz. Európai problémáról

beszélünk, és nemcsak kelet-közép-európai problémáról, hanem nyugat-európai problémáról is beszélünk.

Nyáron lehetőségem volt Frankfurtban egy kórházban hospitálni, ott ugyanolyan típusú nővérhiánnyal szembesülnek, ahogy Magyarországon. Félre ne értsük a dolgot, európai problémával küszködünk, csak a megoldást nem találta meg még az Európai Közösség.

Néhány gondolatot szeretnék mondani az előttünk lévő napirendről is, amely a nemzeti fejlesztés 2030-as időtávlátában Magyarországot újragondolja. Azt gondolom, hogy amikor azt a kritikát kaptuk, hogy ez lufi, nem valós, nem tudom, milyen ködöket képzünk, azt gondolom, hogy ez egy nagyon reális anyag. Bemutatja a mostani olyan típusú eredményeket, amelyekre nem biztos, hogy minden részében büszkék lehetünk. Azonban megmutatja azt a jövőt, nem 30 éves távlatban, csak 16 éves távlatban, amelyben Magyarország, ha ezen az úton végigmegy, talán egy sikeresebb időszakát élheti meg.

Két részre kell osztanunk ezt az előttünk lévő 16 esztendő: egy 2014-2020-as időszakra, amikor reményeink szerint európai uniós forrásokat tudunk az infrastruktúrára költeni, 7200 milliárd forintról beszélünk. Magyarország második volt Finnország után, aki a májusi brüsszeli döntés után az első körön túllépve, a nemzeti referenciakeret elfogadásra került. Mi jól állunk, a probléma az, hogy az Európai Közösség még mindig nem hozta meg azt a döntést, amely a 2014-2020-as időszakra érdemi költségvetést biztosítana. Ma már biztos, hogy látjuk, hogy a 2014-es átmeneti időszak lesz. És lesz egy 2020 utáni időszak, ma kérdőjelekkel, lesz-e európai uniós forrás, amelyet elsősorban a többség biztosított eddig is a felzárkózó országok számára. Ma azt látjuk, hogy a 2014-es költségvetés is azért nincs kész, mert a befizető országok a saját érdekükön alapulva kevesebbet szeretnének befizetni, mi pedig azt szeretnénk, ha ugyanaz a felzárkózási forrás, amely mondjuk Spanyolország, Portugália esetében megvolt jó néhány évvel ezelőtt, az számunkra is biztosítva legyen.

Az egészségügy pedig, azt gondolom, hogy a mostani ciklusban is közel 1000 milliárd forinttal az ágazatok nyertese. Ha elolvassák ezt a közel 160 oldalas anyagot, akkor azt mondhatjuk, hogy a regionális fejlesztési alapból és az európai szociális alapból hasonló típusú források be fognak érkezni. Reményeink szerint a megváltozott intézményi rendszer, miszerint az irányító hatóságok kikerülnek a Nemzeti Fejlesztési Ügynökségből, és bekerülnek az ágazati minisztériumok alá, megszüntetik azt az abszurd helyzetet, amikor az államtitkárság mondjuk támogatna egy fejlesztést vagy egy programot, majd még meg kell harcolnia az NFÜ-ben lévő irányító hatósággal is, mert ő esetleg mást gondol erről. Ezt az abszurditást meg kell szüntetni, és azt is, hogy kórházakat versenyeztetünk és pontozzuk fejlesztési forrás alapján. Az irány pedig az, hogy szinte ezeket normatív alapon a költségvetésbe berakjuk, és ne pályáztassuk és ne menjen el ezzel se idő, se pénz, minél hamarabb odakerüljenek ezek a források, amelyek rendelkezésre állnak.

Nagyon örülök, mert az elmúlt időszak szerintem legnagyobb hiátusa az volt a fejlesztés 2007-2013-as időszakában, hogy az alapellátás nem lett prioritás. 2014-2020-ban pedig a leírt anyagok szerint prioritás lesz az alapellátás, mind ESZA, mind ERFA-forrás oldalon. Köszönöm szépen a szót, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Mielőtt továbbadnám a szót, még lesz egy nagyon fontos napirendünk, én mindenkit kérnék az időkeretben egy picike koncentrációra. Tukacs képviselő úr!

TUKACS ISTVÁN (MSZP): Köszönöm szépen, elnök úr. Igyekszem nagyon rövid lenni, hogy a munkánkat hatékonyan végezhessek. Négy dologról szeretnék beszélni az előttünk fekvő anyag kapcsán, de először is szeretném leszögezni azt, hogy miután az európai csatlakozás időszakában hazánkban a szakmák és az ágazatok megtanultak koncepciókat gyártani és készíteni, úgy érzem, hogy az előttünk lévő is ezt tükrözi. Tehát van elég szellemi

muníció ahhoz, hogy egyes ágazatokban, így akár az egészségügyben is jó koncepciók szülessenek, tehát ebben probléma nincs. Tehát ilyesmiben jók vagyunk, amíg csak arról van szó, hogy papírra kell vetni ezeket a koncepciókat.

Előrebocsátanám, hogy nagyon csábító a lehetőség, hogy egy kis aktuálpolitikai csetepatéba itt belemenjünk, hogy mi a jelenlegi helyzet, és annak mi az oka és a költségvetés hogyan áll. Én nem ezt tenném most, bár kedvem lenne hozzá, de szerintem nem ez a helyes út. Négy olyan kérdést szeretnék érinteni, ami a koncepció szempontjából fontos.

Az előterjesztő azt mondta, hogy a koncepció azt célozza, hogy hazánk gazdasági és szellemi központja legyen a térségnek. Ez egy helyes cél. Ugyanakkor azt is látom, hogy a távlati koncepciók aszerint változnak, hogy éppen a kormányfő vagy a kormánytagok milyen helyzetben nyilatkoznak erről és hol.

Tehát én hallottam már, hogy mi híd leszünk, a kelet felé nyitásnak a tranzitútja, innovációs központ, a térség kulturális centruma, és megannyi mást szoktam hallani, attól függően, hogy éppen melyik fiók van nyitva.

Ha 2030-ig, tehát nagyjából középtávon tervezünk, akkor legalább jó lenne kitarítani egy adott tartalmi cél mellett és nem változtatni ezeket a koncepcionális ügyeket, mert akkor megint az történik, hogy minden akarunk lenni, és semmi sem leszünk.

A második ügy, amiről beszélnek, az az, hogy az előttünk lévő infoszolgálati szakmai anyag azt mondja, hogy az egészségügy költségei világszerte gyorsabban emelkednek, mint a GDP. Hegedűs képviselőtársam egy nagyon érdekes kis statisztikát mutatott nekem az ülés elején. Az elmúlt tíz évben a GDP-nk 5 százalékkal emelkedett, miközben a lengyeleké 40-nel és az utánunk következő legrosszabbé is 20-szal, ami azt jelenti, hogy az egészségügy költségeinek fedezésében nincsenek jó távlataink. Ezért tehát, ha komolyan gondoljuk azt, hogy a szakmai koncepció mellett finanszírozási háttérrel is akarunk teremteni, akkor nagy valószínűséggel a gazdasági fordulatot kell szorgalmazni, de erőteljesen. Itt újra oda utalok vissza, hogy komolyan kellene venni ezt, hogy „gazdasági központ akarunk lenni”, de ha nem leszünk központ, én már azzal is nagyon boldog lennék, csak hogy egy emelkedő gazdasággal szembesülhessünk, éppen azért, hogy az egészségügy költségeit finanszírozni lehessen.

A harmadik ügy, amit érintenek, a megyékhez telepített fejlesztési lehetőségek rendszere, illetve a tárcákhoz szétszedett fejlesztési rendszer. Én ettől olyan túlságosan boldog nem vagyok, ezt meg kell hogy mondjam. Egyfelől azért, mert azt látom, hogy a tárcáknak is van szakmai sovinizmusa, tehát számomra nem túlságosan megnyugtató, hogy egységes keretben tudják majd kezelni a fejlesztési lehetőségeket. Ne így legyen, de nekem van ilyen gyanúm.

A megyékhez telepített fejlesztési pénzek és intézményi rendszer pedig számomra azt mondja, hogy a kormány lemondott arról, hogy tágabb régiókban gondolkodjon hazánkban. Nem állítom, hogy a jelenlegi régiós rendszer teljes egészében rendben van nálunk, de azt állítom, hogy a megyékre szétszedett fejlesztési koncepció azt a veszélyt hordozza magában, hogy szűkebb térségek versenyévé fog válni a megyékhez telepített néhány tízmilliárd. Tehát magyarul: nem lesz az a fajta tágabb értelemben vett régiós együttműködés, amit egyébként megcélzott a fejlesztési intézményrendszer az elmúlt időszakban.

Úgy látom, hogy a kormányzat a megyei fejlesztési lehetőségek odaadásával nem azt célozza meg, hogy koncepcionálisan valami jobban működjön, hanem egész egyszerűen a kiüresített és kiüresedett megyei önkormányzati rendszert próbálja meg felöltöztetni valamilyen lehetőségekkel, már csak azért is, mert politikai céljai között nem mondhat le arról, hogy a megyék létezzenek, hiszen mindig is azt hangsúlyozta.

Végül a negyedik, amiről beszélni szeretnék, az némileg Kiss képviselőtársam gondolataival rímél majd. Nem feltétlenül azért, amit képviselőtársam mondott, hogy a nyíregyházi kórház tele van a kárpátaljaiakkal, mert ott olcsóbb az ellátás. Van, tehát Sanyi, nem ezt vitatom, van, természetesen látom én is, hanem inkább azért, mert egy jobb minőségű

ellátásért jönnek át. Tehát nem az olcsóbbért, hanem a jobb minőségű ellátásért, hiszen azért Kárpátalja kórházaiban valljuk be, a technikai feltételek még ott tartanak, hogy a valamikor Vörös Hadsereg katonáit operálták az asztalon, tehát szörnyűség, ami ott történik.

Azt szeretném kérdezni és egyben mondani, de kérdezni is, hogy vajon, a határ menti együttműködés mennyiben része a fejlesztési koncepciónak. Mert ha ilyen helyzetek vannak – márpedig vannak -, hogy szembesülünk azzal, hogy lesz egy betegmozgás a gyógyulás érdekében a határon túl, akkor nagy valószínűséggel ezzel is foglalkozni kellene, de gazdasági értelemben is foglalkozni kellene.

A kérdésem arra irányulna, hogy hol tart az a Matolcsy-féle koncepció, ami egyszer így felrepült a levegőbe, aztán utána ottmaradt, mely szerint a határokon átívelő gazdasági, infrastrukturális és egyéb fejlesztések lesznek, mert ez akkor is azért sántított egy kicsit, mert miniszter úr ezt elmondta, de a határ másik oldaláról, Kárpátaljáról, a Partiumból, Erdélyből, a Délvidékről nem voltak ilyen szándékok. Magyarul: nem nagyon látom, hogy ebben működne valamiféle kapcsolat, ami nemcsak arról szól, hogy mi mit célzunk meg, hanem azt is, hogy a partnereink mit akarnak ebben a kérdésben. Tehát röviden: azt szeretném kérdezni, hogy mennyiben része ez az akkor megfogalmazott koncepció a fejlesztési módoknak. Elnök úr, köszönöm a szót.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szalay főorvos úr nagyon régóta jelentkezett. Parancsoljon!

DR. SZALAY PÉTER (Fidesz): Köszönöm szépen. Tényleg rövid leszek. Én mindig örülök, hogy ha ilyen koncepciót látok, mint ez a mostani anyag, amit tárgyalunk, mert úgy érzem, hogy egy tárcának, olyan embereknek, akik összeállítanak egy anyagot, mindenképpen a jövőt szépen kell látni, optimistán kell látni, és úgy kell összeállítani az anyagot, hogy az mondjuk az ország szempontjából egy fejlődő dolog legyen.

Mondhatjuk azt, hogy a szép remények leírása ez az anyag, de én bízom abban, hogy ezek a dolgok azért meg fognak valósulni és beteljesülnek.

Erre alapot szolgáltat az, hogy végül egy lassú gazdasági növekedés elindult, és nyilván ez a gazdasági növekedés el fog vezetni oda, hogy a kormány is úgy fogja érezni, hogy prioritást ad bizonyos egészségügyi fejlesztéseknek.

Amit Kiss Sándor képviselőtársam mondott itt az előbb, az biztos, azt le kell szögeznünk, hogy a sanszok nem egyformák. Én azt szoktam mondani, hogy ha egy beteg kap egy infarktust egy tanyán és kap a Szent István körúton, akkor a túlélés esélyei igen nagyban különböznek egymástól.

Ennek az egyetlen kompenzációs lehetősége meggyőződésem szerint nem az, hogy telepítünk kórházakat, letelepítünk ellátást, hanem a mentőszolgálat fejlesztése. Pont ez volt az, ami az utóbbi időszakban a mentőszolgálat valóban szépen fejlődött, van még most is fejlesztendő a mentőszolgálaton, de én úgy érzem, hogy mindenképpen reményt ad a mentőszolgálatnak ez a fejlesztése. Nyilván majd a többi is szépen felzárkózik.

Ami pedig a szegénységet illeti, annak betegségek, amelyek az emberiséggel együtt élnek. Most a legutóbbi ásatási kutatások, 6000 éves ásatásoknál találtak jelet arra, hogy az emberiség együtt él a tuberkolózissal, ma is együtt él, óriási tömegek szenvednek a szegény országokban, a szegény rétegek tuberkolózisban. De ha csak arra gondolunk, hogy a táplálkozás faktorai egészen máshogy néznek ki egy szegény környezetben, mint egy jobb módú környezetben, és a táplálkozási faktoroktól rengeteg betegség függ, bélrendszeri és egyéb betegségek, akkor mindenképpen indokolt az, hogy a szegénységre, mint a betegségeket bizonyos fokig indukáló faktorra vagy súlyosbító faktorra gondolunk. Köszönöm szíves türelmüket.

ELNÖK: Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Az elmúlt napokban olvastam az egyik nagy napilapban a daganatos betegek életkilátásait Magyarországon, illetve az ezzel kapcsolatos eredményeket. Rengeteg megtevesztő adat van.

Általánosságban az elmúlt időszakban, különösen az elmúlt 3-4 évben kifejezetten javultak a daganatos betegek életkilátásai és javultak a szív- és érrendszeri betegek életkilátásai is. Ezek olyan jellegű tényes dolgok, amelyeket lehet egy korrekt statisztikai adathalmaz birtokában is nyilvánosságra hozni, azonban ez a kormány által benyújtott javaslat nem csak az egészségügyre vonatkozik, egy globális, ezzel kapcsolatos politika része. Ugyanis sajnós, az a helyzet, hogy azok a kilátások, amelyeket megfogalmaznak, 7 évvel rövidebb életkor például, mint Franciaországban, ez önmagában alig mond valamit, mert gyakorlatilag az élettartam hossza sokszor az esetek jelentős százalékában már gyermekkorban megfogalmazódik.

Magyarországon a koraszülések arányszáma pillanatnyilag 10 százalék körül van, 8-10 százalék között változik. Ezekről olyan fajta életkilátásokat nem lehet várni, mint a nyugati országokban. Ez az alap. A kormány megfogalmazott ezzel kapcsolatosan az alaptörvénytől kezdve számos olyan jellegű intézkedést, amelyik ezzel kapcsolatos, így például azt, hogy előbbre kell hozni a várandós szülő nőknek az időtartamát, amikor szülnek. Ezek alapvető kérdések.

A gyerekek életminősége, az ezzel kapcsolatos munka, az gyakorlatilag akkor alapozódik meg, amikor a végén az élettartamot lemérjük. A betegségek egy jelentős része genetikailag jól determinált megbetegedés. Ha összehasonlítjuk a korfát, a korosztályokat, a gyermekkorban várható élettartamokat, akkor kiderül, hogy Magyarország ebben a vonatkozásban van elsősorban lemaradva, és nem abban, hogy az infarktusos betegek rosszul vannak ellátva Magyarországon.

Tehát el kell indítani egy olyan folyamatot, amit a kormány igazából el is indított, és ennek csak egy része, de sokkal inkább az életminőségnek az időskorban való javításával van összefüggésben és a betegek jobb kiszolgálásával, mint az, hogy minőségileg olyan lehetőséget teremtsünk, amely lehetőséget ad arra, hogy eleve genetikailag determináltan egy hosszabb életkorra legyen lehetőség Magyarországon.

Ez kellene hogy legyen az alapgondolkodás, és ebben a kormány valóban nagyon hatékony lépéseket tett. Nyilvánvalóan összefüggésben van ez az orvosi ellátás direkt kérdéseivel, de kérdezem én, azok, akik már bekerülnek az orvosi ellátás rendszerébe, azok már betegek, és sokszor olyan betegek, akiknek az életkilátásait nagyon nehéz hosszú évekkel javítani. Ez nem megy Nyugat-Európában sem. Ha valaki például átnézi akár Angliában vagy akár Franciaországban is az alapellátással kapcsolatos adatokat, és az alapellátás lehetőségeit, azért egyszerűen megdöbben. Rosszabbak helyenként, mint Magyarországon, sokkal rosszabbak helyenként.

Tehát akkor visszább kell nyúlnunk, egy másfajta koncepció révén kell meghatároznunk azt, hogy vajon, hogyan tudnánk kitolni ezeket a várható élettartamokat hosszabb időre. Ez lenne az alapkérdés. Azt gondolom, hogy a kettő nyilván egymás mellett halad, és a kormányzati előterjesztés erre vonatkozik, amelyik egy részét kívánja megoldani a problémáknak. De több olyan törvényjavaslat volt az elmúlt időszakban, amelyik ezt kiegészítve, a problémát az alapjainál kezelhetővé teszi. Hangsúlyozom, hogy az élethossz, az életminőség az esetek jelentős részében a gyermekkorban determinálódik, éppen ezért az erre való koncentráció az országnak, a kormánynak az egyik legfontosabb egészségügyi feladat. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Bene Ildikó alelnök asszony, utána alelnök úr, és utána ezt a kört le kellene zárnom.

DR. BENE ILDIKÓ (Fidesz): Köszönöm szépen, elnök úr. Én tulajdonképpen abból vagy az alapján, amit most Nagy Kálmán professzor úr elmondott, úgy gondolom, ezek azok a gondolatok, amelynek mentén ezt a fejlesztési tervet gyakorlatilag az egészségügyben tovább kell vinni.

A másik dolog az, hogy nekünk 2011-ben a Semmelweis-terv szerintem egy nagyon pontos és nagyon korrekt helyzetet állapított meg, és korrektül megállapította azt is, amit a jövőben el kell végeznünk. Nyilván ez két év alatt nem megy. Nagyon sok lépést tettünk meg, és úgy gondolom, hogy ezt el kell ismerni, nagyon nehéz körülmények között, és nagyon komoly lépéseket.

Akár ha azt gondolom, hogy az élettartam növekedésében, akár az onkológiai ellátás fejlesztése, akár a kardiológiai ellátás fejlesztése, itt mérhető számok vannak, hiszen ahol egy haemodinamikai centrum elkezdti a működését, ott 50 százalékkal csökken az akut infarktus okozta halálozási arány. Ezek olyan mérhető számok, amiket igenis, el kell mondanunk, és igenis, korrektül tudatosítanunk kell, hogy ezeket a lépéseket megtettük.

Az is biztos, hogy nagyon jól felmérte a Semmelweis-terv a humánerőforrás-helyzet kritikus kérdését, és azokban a lépésekben, amelyeket megtettünk, nyilván tovább kell mennünk és tovább kell lépnünk, de én úgy gondolom, hogy ezek olyan fontos lépések voltak, amelyeket nem szabad egy olyan mondattal elintézni, hogy nem történt semmi. Nagyon sok minden történt, és nyilván még rengeteg feladatunk van, amit az elkövetkezendő években és évtizedekben el kell végezni, mert évtizedes lemaradásaink és gondjaink vannak. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Alelnök úr!

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Horváth képviselőtársamnak szeretnék reagálni, mert a humánerő kérdéssel kapcsolatos problémát ő nagyon optimistán látja bizonyos statisztikákból. (*Horváth Zoltán: Nem mondtam ilyet.*) Őszintén szólva a humánerő kérdés egy elég jelentős probléma, és én ezt napi gyakorlatból látom, hiszen a kamarában én írom alá, mint országos hivatalmazó, a jó hírnévről szóló igazolásokat, ami a külföldre való orvosi távozásoknak alapfeltétele.

Van olyan hét, hogy csak 60-at írok alá, van, amikor 40-et, van, amikor még többet, vannak időszakok, amikor 80-100-ra is tehető az ilyen irányú beadott kérvények száma.

Hogy egyes kórházakban, ahol ön megkérdezte, minden a lehető legnagyobb rendben van, el kell árulnom, hogy bizony, az egyetemi klinikákon is vannak humánerő-problémák (*Horváth Zoltán: Ezt se mondtam!*), és nagy kórházakban, például megyei kórházakban, éppen most Győr-Sopron megyében próbáltunk tárgyalni a kollégákkal. Az egész traumatológia felmondott Győr-Sopron megyében, ami egy hatalmas területet ellátó intézmény ebből a szempontból, és ugyanez van Miskolcon is. Ott is egy olyan tárgyalás van jelen pillanatban, hogy a traumatológusok kénytelenek úgynevezett ultimátummal fordulni a kórházvezetéshez. Ezeknek az ultimátumoknak nem elsősorban csak a fizetés mennyisége az oka, hanem az a hatalmas túlterhelés. Ön azt mondja, hogy nincsenek kórházbezárások Magyarországon. Igen, valóban, ez a kormány nem mondta, hogy bezárjuk a kórházakat, ez a kormány viszont kénytelen azt csinálni majd, hogy a kórházakat bezárják a hatóságok, hiszen nincs meg az a minimumfeltétel, ami a személyzeti feltételt is megszabja, amit állandóan halasztva hozunk ki. Jelenleg nincs hatályban olyan minimumfeltétel-rendelet, amihez lehet igazodni, vagy nem merik kihozni, mert akkor lehet, hogy az intézmények bizonyos osztályait humánerő-hiány miatt be kellene zárni.

Tehát én nem tartom olyan borzasztó jónak ezt a kérdést.

ELNÖK: Köszönöm szépen. A Nemzetgazdasági Minisztérium egyúttal egy egészségügyi továbbképzésen is átesett a bizottsági ülésen. (*Derültség.*) Úgy gondolom, hogy főosztályvezető úr elég röviden meg fogja tudni válaszolni ezeket a kérdéseket. Öné a szó!

Tipold Ferenc főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium) válaszai

TIPOLD FERENC főosztályvezető (Nemzetgazdasági Minisztérium): Köszönöm szépen, elnök úr. Igyekszem nagyon rövid lenni. Egyrészt nyilván több képviselőtől elhangzott, hogy ez egy vágyálom vagy esetleg a reménynek a koncepciója. Én azt szeretném mondani, hogy ez egy széles körű társadalmi és szakmai egyeztetés alapján kidolgozott koncepció, ami alatt én azt értem, hogy szakmailag megvalósítható, a társadalom széles rétegeivel pedig – ha szabad így fogalmaznom – megegyező koncepcióról beszélünk.

Tehát úgy gondolom, hogy ez a koncepció meg fog tudni valósulni.

Nyilván sok intézkedést kell még megtenni, tehát ugyanúgy az orvosoknak az életpálya modelljét is rendezni kell, természetesen nagyon fontos a képzés, szakképzés, oktatás. Ezekben, ha szabad, egy picit ugrok, mert vannak azért fajsúlyosabb kérdések, de mindenféleképpen egy piacérzékeny képzést szeretnénk megvalósítani, ami abba az irányba tolja, hogy azok az emberek, akik kikerülnek, el is tudjanak helyezkedni a szakmájukon belül, illetve a végzettségüknek megfelelően. Természetesen vissza kell fogni a külföldre kiáramló orvosokat, csak azt a fajta – hogy úgy mondjam – tapasztalatszerzést nyilván támogatni kell, ami ahhoz szükséges, hogy még képzettebbek legyenek.

Szóba került a szegénység. A kormány célkitűzésként vállalta az EU 2020-hoz kapcsolódóan, hogy körülbelül 450 embert emel ki a mélyszegénységből. Ennek forrása nyilván az uniós fejlesztési részek. Szóba került itt még, hogy milyen forrással lehetne ezt a tervet megvalósítani. Egyrészt rövid távon nyilván itt az uniós források, hosszabb távon pedig a gazdaságfejlesztés, illetve a foglalkoztatás-növelés, amivel a költségvetésnek a helyzetét nyilván javítani lehet.

Gazdasági kérdés mindig az egészségügy. Itt szeretném jelezni, hogy ebből a szempontból, tehát a fejlesztés szempontjából ez nagyon fontos, hogy gazdasági kérdésként kezeljük, ugyanis a fejlesztési források 60 százaléka gazdaságfejlesztésre megy el. Tehát ez azt jelenti, hogy nyilván az EMMI-nél tervezett EFOP-on belül minden olyan intézkedés azt a célt fogja szolgálni, hogy azért a gazdasági irányba terelje. Tehát itt akkor az egészségügy is nyertese lesz ennek a feladatnak.

Nyilván fontos az, hogy az egészségügyi kassza egálba kerüljön, hatékony intézményrendszer, betegutak megszervezése, együttműködés, tehát nyilván itt a műszerekkel kapcsolatos dolgok.

Tény és való, hogy másodikként nyújtottuk be a partnerségi megállapodást és közel kerültünk annak az elfogadásához, várhatóan rövid időn belül megtörténhet.

Ami nagyon fontos, hogy a gazdaszerep megváltozott. Eddig az NFÜ tervezett, illetve az NFÜ hajtott végre, most a szakpolitika tervez és a szakpolitika fog végrehajtani, ő viseli a felelősséget, tehát ez a parlament előtt is egyértelműen meg fog jelenni.

Nagyon fontos, hogy a közsférában nem akarunk pályázatos versenyhelyzetet teremteni. Itt kifejezetten szeretnénk egy programalapú fejlesztést lebonyolítani, tehát nem akarjuk egymással versenyeztetni a különböző intézményeket.

Hogy koncepciógyártásban jók vagyunk, tény és való, én nagyon örülök neki, hogy ezt a koncepciót jónak minősítették, csak szeretném hozzátenni, hogy ez egy széles körű – ugyanúgy, mint az elején – szakmai és társadalmi egyeztetés keretében történt, tehát nem a koncepciógyártóknak az érdeme az, hogy ez a koncepció megnyerte a képviselő úr tetszését.

Ugyanaz, hogy papírra vetni, hogy gazdasági és szellemi központ legyen, két éve készült el, most forrott ki, tehát az eddigi kommunikáció nyilván olyan volt, amilyen, ezt a koncepciót két év alapján forralta ki a kormány, most nyújtotta be. Nyilván ez a kommunikációban feltehetőleg érződni fog. Finanszírozás: erre említettem azt, hogy nyilván hosszú távon csak úgy lehet megteremteni, ha a gazdaság fejlődik, illetve a foglalkoztatás nő, de erre nagyon nagy forrásokat áldoz a kormány.

A megyékhez telepített fejlesztés, régiókban gondolkodni, az EU jelezte, amikor mi tájékoztattuk őket arról, hogy váltás lesz, a régiók helyett megye, hogy nem minden országban vált be a régió, tehát ilyen szempontból, ha szabad így fogalmaznom, választott testülethez, megyékhez került, ez nagyon jó. A megyék nem fognak egymással versengeni, mert mindegyik megye kap egy integrált, indikált forráscsomagot, és arra fognak tervezni. Tehát ugyanúgy, ahogy mondtam, a közsférában szeretnék kizárni, a megyéket sem akarjuk egymással versenyeztetni, mert ez nem vezet sehová.

Miután azt mondtuk, hogy ez a koncepció kiterjed az uniós tervezésre, így egyértelmű, hogy az ETE-programokra is, ahol a határ menti programok szerepelnek, szintén vonatkozik. Azt hiszem, hogy nagyjából ez az, amit itt meg lehet említeni és köszönöm mind a pozitív, mind a negatív észrevételeket. Bízom benne, nem tudom, lehet, hogy rosszul mondom, mert nem vagyok egészségügyi szakember, de ha a diagnózis jó – és remélhetőleg jól állítottuk fel – és megtaláltuk a hozzá vezető gyógyulási utat, akkor ténylegesen van reményünk arra, hogy ez a koncepció megvalósul és a továbbiakban egy picivel javul a helyzet. Köszönöm szépen a szót.

Szavazás az általános vitára való alkalmasságról

ELNÖK: Köszönöm szépen. A vitát lezárom, és az általános vitára való alkalmasságról döntünk. Aki az elhangzottak alapján ezt a határozati javaslatot, törvénytervezetet általános vitára alkalmasnak ítéli meg, az kérem, igen szavazatával erősítse meg! *(Szavazás.)* 16 igen. Aki nem tartja általános vitára alkalmasnak? *(Nincs jelzés.)* Tartózkodás? *(Szavazás.)* 5 tartózkodás.

16 igen szavazattal, 5 tartózkodással általános vitára alkalmasnak tartotta a bizottság.

Az általános vitára a holnapi napon kerül sor, így mindenképpen előadót is kell állítanunk. A bizottság részéről Horváth Zoltán képviselő úrra nézek, hogy ha a többségi vélemény ismertetését a holnapi napirend keretében tudná vállalni, nagyon megköszönnék. *(Horváth Zoltán: Igen.)* Köszönöm szépen. Megkérdezem, hogy kisebbségi vélemény ismertetésére van-e igény. *(Dr. Kiss Sándor jelentkezik.)* Igen, Kiss képviselő úr ismertetné a kisebbségi véleményt. Köszönöm szépen.

A második napirendi pontot lezárom, és áttérünk egy-két másodpercen belül a harmadik napirendre.

Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló T/13099. számú törvényjavaslat

Áttérünk a harmadik napirendi pont tárgyalására, az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslat tárgyalására, mely T/13099. számon lett benyújtva, a bizottsági általános vitája, az általános vitára való alkalmasságáról fogunk tárgyalni.

Nagy tisztelettel köszöntöm az EMMI részéről a tárca képviselőjében az előadóinkat, Páva Hanna helyettes államtitkár asszonyt és Cserhádi Péter miniszteri biztos urat, és a tárca részéről meg is kérném, hogy a szóbeli előterjesztést a törvényjavaslathoz tegyék meg.

DR. CSERHÁTI PÉTER miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma):
Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok! Valóban a bizottság elé kerülő törvénycsomag

jóval kisebb a korábbiakban megszokott – ha szabad ezt így mondani – volumennél, és akik elolvasták, nyilván jól látják, hogy ennek lényegében az is az oka, hogy igazából nyilván itt a ciklus vége felé döntően a finomhangolásra koncentrált ez a csomag.

Ha a témákat csak röviden említem, amiket majd egy picit bővebben is kifejtünk, a TAJ-szám kezelése, a gyse-házhozszállítás ismertén izgalmassá vált kérdése, a határon átnyúló egészségügyi ellátással összefüggő kérdések kapcsán pontosítások, sürgősségi ellátás kérdése kapcsán, a designer drog kérdése kapcsán, a generikus gyógyszer-támogatási rendszer, a gyógyszerári tulajdonlás és a várólista kérdése, ezek mind olyan témák, amelyek az elmúlt hónapokban napirenden voltak, a média- és egyéb figyelmet érdemeltek, és nyilván ennek kapcsán részben a tapasztalatokat is értékelve, került sor a csomag összeállítására.

Azt hiszem, úgy haladnánk, hogy a munkamegosztás szerinti jogszabályok és időrend alapján először helyettes államtitkár asszony kezdi, én pedig folytatom, amikor a hozzám tartozó részek következnek. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Helyettes államtitkár asszony, tessék parancsolni!

Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli kiegészítése

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm szépen. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Tehát a törvényjavaslat első módosítása az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló törvényt érinti. Ebben két lényegi módosítás lenne. Az egyik az, hogy az egészségügyi hatóság, vagyis az ÁNTSZ tartaná nyilván azt, hogy az egyes egészségügyi szolgáltatóknál kik dolgoznak, milyen munkakörökben, milyen beosztásban és így tovább. Ez eddig az EEKH-nál volt, de úgy látjuk, hogy a működési engedélyek kiadása okán ez sokkal egyszerűbb, ha ezek az információk, ez a nyilvántartás az ÁNTSZ-nél, az OTH-nál lesz.

A másik lényegi változás az, hogy azok az egészségügyi dolgozók, akik személyesen működnek közre az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában és nem alkalmazottjai, nem munkavállalói az adott szolgáltatónak, hanem eddig önállóan, mint vállalkozók, egyéni vállalkozók, vagy egyéni cég vagy társas vállalkozás végezték a munkájukat, azoknak nem kell ezután működési engedélyt kérni. Tehát ez egy egyszerűsítés. Egész egyszerűen csak arról van szó, hogy ő bejelenti, és ez egy közhiteles hatósági nyilvántartás lesz az Országos Tisztifőorvosi Hivatalnál, hogy bejelenti, hogy személyesen nyújt egészségügyi szolgáltatást valamely egészségügyi szolgáltató nevében és felelősségére, tehát még felelősségbiztosítási szerződést sem kell kötnie. És ha bármiféle változás történik, akkor csak a változást kell bejelentenie a nyilvántartásba.

Tehát ez egyszerűsíti, és magyarul azt jelenti, hogy nem kell működési engedély, és nem kell a változások okán a működési engedélyt majd módosítani.

Időben ez úgy néz ki, hogy jövő évi július 1-jéig kell bejelenteni az ilyen személyeknek a tevékenységüket, és gyakorlatilag 2014. december 31-ére kell a Tisztifőorvosi Szolgálatnak módosítani vagy visszavonni a működési engedélyeket. Tehát kellő felkészülési idő van, utána viszont egy sokkal egyszerűbb eljárás lesz.

Tehát ez érinti az egészségügyi hatósági tevékenységről szóló törvényt.

Illetve ami még fontos, az a betegjogok tekintetében a panaszkezelés kérdése. Eddig az egészségügyi törvény tartalmazta azt, hogy ha az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával kapcsolatban valami panasza van a betegnek, és az ÁNTSZ-nek van hatásköre ezen panasz kivizsgálására, akkor eljárhat. Ez egy abszolút technikai módosítás, ez a szabály átkerül az ÁNTSZ-ről szóló törvénybe, hiszen az ÁNTSZ hatáskörét érinti, tehát nem az egészségügyi törvényben van a helye.

A következő törvény, ami érintett, az egészségügyi adatkezelési törvény. Itt egyrészt az egészségügyi törvénnyel összhangba kerül a kezelést végző orvos definíciója, tehát ez egy pontosítás. Ami ennél fajsúlyosabb, az az, hogy lehetővé válik a kezelőorvosnak az, hogy a beteg egészségügyi adataihoz hozzáférjen, azon egészségügyi adatokhoz is, amelyek számára egyébként nem állnak rendelkezésre. Idáig csak a házi orvosnak volt meg ez a lehetősége, hogy az OEP adatbázisából kikeresse vagy megnézze a releváns információkat, ezt most a beteg kezelését végző orvos is megteheti majd. Ennek nyilván a betegellátás szempontjából jelentősége van, hiszen a betegnek nem mindig áll rendelkezésére a korábbi lelet, vagy egész egyszerűen nem tudja elmondani, ami érdekes az ő egészségi állapota szempontjából.

Pontosításra és módosításra kerül a veleszületett rendellenességek országos nyilvántartása. Tudniillik ez egy több évtizedes múltra visszatekintő nyilvántartás, de a törvény eddig úgy fogalmazott, vagy jelenleg még úgy fogalmaz, hogy csak az újszülöttek esetén kell bejelenteni, ha valamilyen veleszületett rendellenességben szenved. Viszont értelemszerűen lehetnek és vannak olyan betegségek, amelyek újszülöttkorban még nem állapíthatók meg, hanem később derül ki, és veleszületett rendellenességről van szó. Tehát tulajdonképpen ez egy olyan pontosítás, hogy eltörli a korhatárt, és azt mondja, hogy ha később derül ki, akkor is értelemszerűen ezeket a betegségeket nyilvántartásba kell venni.

Ami még ehhez kapcsolódó, mármint az egészségügyi adatkezelési törvényhez kapcsolódó módosítási javaslat, az az, hogy nemcsak a gyógyszerek esetében kell a vényeket megőrizni öt évig, hanem a gyógyászati segédeszközök esetében is a rendelvényeket öt évig meg kell őrizni. Ez eddig hiányzott, erre vonatkozó szabály nem volt.

Majd folytatom, ha sorra kerülök megint, ahogy a javaslatot tárgyaljuk. Köszönöm.

ELNÖK: Cserhádi Péter miniszteri biztos úr!

Dr. Cserhádi Péter miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma) szóbeli kiegészítése

DR. CSERHÁTI PÉTER miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma): A következő nagyobb csomag az egészségbiztosítási törvény, az 1997. évi LXXXIII. törvényben is számos, szokás szerint – ha szabad ezt így mondani – pontosításra volt szükség. Például az idén az európai uniós irányelv hatálybalépésével összefüggésben nagyon próbálunk arra ügyelni, hogy lehetőleg a kassa védelmében valóban azok kapják meg ezt a lehetőséget, akik erre indokoltan jogosultak. Egy izgalmas kérdés az, hogy a lényegében háromfajta jogosultságszerzési lehetőségben a normál biztosított viszony mellett az egészségügyi szolgáltatási járulékra jogosultak mellett, akiknél a költségvetés is helytáll, a harmadik kategória a megállapodás alapján illet kötők, akiknek a belföldiség, mint olyan, nem szempont, tehát a nem belföldi személyek tehetik ezt, ebből volt a sajtóban félreértés. Ezen Magyarországon élő személyek esetében tényleg úgy gondoljuk – és az uniós jogrend ezt lehetővé teszi -, hogy az ő esetükben nem feltétlenül indokolt az, ha ők nem európai uniós tagállamban vesznek igénybe ellátást, azt a magyar biztosítás terhére tegyék.

Tehát azt gondolom, hogy erre a majdnem minden más európai uniós tagállam által is óvatosan és jogosan alkalmazott módosításra szükség volt, hiszen bebizonyosodott, bár nyilván még számokkal nem rendelkezünk, de hogy ezt meg kell lépni.

Hasonlóképpen egy nem régi, de folyamatosan mozgó téma a várólista kérdése, ahol önök is követhették a folyamatot, ahogy ez az OEP-hez került törvény szerint, és annak kapcsán az első lépésben kiszűrődtek a duplikációk, a második lépésben a módszertani hibákat szűrte ki az Alap, és most már szankcionáljuk is azt, jövő év január 1-jétől élesben, amikor a szolgáltató valamiért eltér a várólistától. Szeretnénk, ha ezt komolyan vennénk.

Harmadrészt viszont az is kiderült, hogy maga a várólista értelmezés is problémás, bár a jogszabály elég világosan fogalmazott korábban is, hogy meg kell teremteni úgy tűnik, az

intézményi előjegyzéslistát. Tehát amikor a jogszabály így fogalmaz, hogy a beteg által kért időpont az utolsó időpontot legalább két héttel meghaladja, azt értelmezzük a jövőben is – persze nem két hetekről van szó, sokszor hónapokról, évekről – intézményi előjegyzéslistának, és kezeljék külön, hasonlóan technikailag úgy, mint a várólistát, és automatikusan léptesse át a rendszer erről a listáról a másikra, a várólistára a beteget. De akkor ez ne torzítsa a statisztikát, hiszen a sajtó és bármelyik más érdeklődő egy honlapon csak az utolsó dátumokat látta, és joggal vont le ebből látszólag jogos következtetéseket a várólista hosszára nézve.

Ezzel tehát maga az igazán várólistán várakozó, nyilván szükségleteit tekintve sürgősebb szükségre szoruló betegek képe tisztábbá válik. Talán annyit még pontosításul: a sajtóban elég sok minden elhangzik mostanában, az onkológiában nincs várólista. Tehát amiről beszélünk mindig, az egy kormányrendelet által szabályozott várólista, ahol bizonyos ellátások, a kormányrendeletben szabályozott OENO, illetve HBCS-k mentén történik, ezek között az onkológia nem szerepel, tehát az egy másfajta probléma.

Az egészségügyi törvény jönne lényegében, ahol talán szintén egy pontosítás, egy nagyon markáns változás szerepel benne, hogy az Országos Mentőszolgálat – így szól a szöveg – átveszi a sürgősségi betegellátás koordinált tevékenységét. Van ennek egy jelentős szakmai része, az, hogy a nagyon komoly uniós fejlesztési lépések mentén valóban ott koncentrálódik most már a mentésirányítás 112 projekt mentén és most törvényben is kimondjuk, egy mondatban szerepel ez a pontosítás, hogy a betegszállítást is – amit részben magánszolgáltatók végeznek.

Ami viszont fontos, hogy volt egy olyan egysége a magyar egészségügynek, amelyik nem szerepelt jogszabályban, mi is egy kicsit megdöbbenünk, amikor ezzel szembesültünk, hogy az a KANY néven elhíresült budapesti intézmény, amelyik hivatalosan a sürgősségi betegellátást koordináló osztályként futott, nem szerepelt jogszabályban. Ezt a fővárosi ÁNTSZ hozta létre valamikor, és a kormányhivatali lépések kapcsán került át az OTH-hoz lényegében az apparátus és a feladat, de igazából ez jogszabályi közeget nem bírt.

Ez egészen elgondolkodtató, hiszen itt van egyedül olyan helyzet a fővárosban, amikor nem egy területre egy kórház ügyel folyamatosan, mint mondjuk Székesfehérvárott vagy Veszprémben, ahol nem kérdés, az a kórház ügyel non stop, itt például sebészetben, érsebészetben, szívsebészetben és így tovább, napi beosztás szerint dolgoznak a kórházak.

Itt nem mindegy az, hogy ha valakinél bármilyen vis maior probléma történik, jó esetben objektív okból, rossz esetben szubjektív okból, azt eddig tulajdonképpen ez a szervezet koordinálta, és igyekezett nyilván az ellátási veszélyt eliminálni, megszüntetni.

Ezt kellett szabályozni. Jelenleg ennek a törvényi lába nevesítették, miszerint ez a feladat a Mentőszolgálathoz kerül. Tehát az eddig félig-meddig formálisan az OTH-nál működő szervezet és feladat végre jogszabály szerint az OMSZ-hoz fog kerülni, és az OMSZ valóban az egyébként is általános sürgősségi irányítási feladatai mellett ezt is fogja végezni. Tehát a jövőben ő fogja koordinálni a budapesti ügyeleti rend összeállítását, ő fogja koordinálni annak a végrehajtását, és ha bármilyen hiba van, akkor azt ő fogja korrigálni, remélhetőleg akutan. Ennek persze le kell vezetni a folytatását is, hogy meddig van egy akut vis maior intézkedési hatóság, és mikortól kezdődik az, amikor tartós szüneteltetés áll be egy szolgáltatásban, annak már azonnal finanszírozási, redisztribúciós és egyéb lépéseivel.

Nem öröm, hogy ezt most kell szabályozni, de azt gondoltuk, hogy a három szervezet megállapodása mentén ezt most meg kell tenni.

Az egészségügyi törvény kapcsán helyettes államtitkár asszonynak még van kiegészítése.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Az egészségügyi törvénnyel kapcsolatban én két dolgot emelnék ki. Az egyik, hogy a betegjogok

tekintetében történnek pontosítások. Megalakult az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ, úgyhogy ahol szükséges, a törvényen átvezetésre kerül a betegjogi képviselőt foglalkoztató szerv.

Fontos az, hogy a javaslat szerint kiterjeszteni kell azt a lehetőséget, hogy mikor jár el a betegjogi képviselő. Eddig csak akkor járhatott el, ha a beteg erre kifejezetten felhatalmazza, de mi van akkor, ha a beteg ebben pontosan az egészségi állapota miatt tartósan akadályozva van? Így lehetővé válik, hogy a beteg helyett és nevében a hozzátartozója is felkérje a betegjogi képviselőt az eljárás megindítására. Illetve ami a betegek, illetve a hozzátartozók számára egy könnyítés, hogy a beteg halála esetén a hozzátartozó eddig betekinthezett az egészségügyi dokumentációba, és saját költségen másolatot kérhetett arról. Viszont arra nem volt lehetősége, hogy saját maga készítsen kivonatot a dokumentációból, amiért nem kell fizetni. Tehát ezt a lehetőséget megteremtjük, hogy a hozzátartozó ne fizessen a dokumentációért, de ha úgy érzi, akkor betekintsen a dokumentációba, és abból kivonatot készítsen.

A másik blokk, amiről még említést tennék, ez a humánerőforrás-monitoring kérdésköre. Ezt részletesen tartalmazza már most is az egészségügyi törvény, hogy ennek keretében milyen információkat kell kezelni és nyilvántartani. Ennek az adattartalma kibővítésre kerül a személyes közreműködők kérdésével, a jövedelem-kiegészítésben részesülőkkel, a tutorokra-mentorokra vonatkozó információkkal. Azon személyekről is információt fog tartalmazni, akik az úgynevezett nem konvencionális eljárás keretében nyújtanak valamiféle szolgáltatást. Ezekről eddig nem volt semmiféle központi nyilvántartás, tehát tulajdonképpen egy pontosítása történik ennek a nyilvántartásnak, illetve amit már említettem, az egészségügyi igazgatási hatósági eljárásról, igazgatásról szóló törvény kapcsán, hogy ott megjelenik ez a személyes közreműködőkről a hatósági nyilvántartás. Itt az egészségügyi törvényben pedig kimondjuk, hogy értelemszerűen akkor nekik nem kell működési engedély, amit az előbb említettem, annak a másik fele itt van, ebben a törvényben elvárva. Köszönöm szépen.

DR. CSERHÁTI PÉTER miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Akkor még a gyógyszer-támogatási, illetve gyógyszerpiaci politikára vonatkozó két törvényben, az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről szóló 2005. évi XCV. törvényben, illetve a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- illetve gyógyászati segédeszköz-ellátásról szóló 2006. évi XCVIII. törvényben számos területtel összefüggő kisebb módosítás van. Az egyik talán egy érdekesség, hogy a kis- és középvállalkozások egy más jogszabályhely mentén hivatkoztak arra, hogy amikor a gyógyszer-gazdaságossági törvény megsértésére folytatunk gyakorlatot, akkor rájuk mentesség vonatkozik. Ez tisztázni kellett, hiszen egy jogszabály ilyen típusú klauzulát, ilyen enyhítést nem bírálhat felül, ez nem az a fajta kedvezmény, amit az állam nekik nyújtani akar.

Viszont ennél sokkal fontosabbak azok a lépések, amelyek szintén az elmúlt évek gyakorlatát vizsgálták felül és módosították. Értem itt a generikus gyógyszer versenyt, ami most már az ötödik fixesítésen van túl, és ennek kapcsán egy-két tapasztalat mentén módosítási igény merült fel, részben a preferált referencia ársávba tartozó gyógyszerek körének kiszélesítése az eddigi 10-ről 15 százalékra, amelytől azt lehet remélni, hogy valamivel több gyógyszer élvezheti a preferált státuszt, és ezzel az ellátásbiztonság az ilyen esetleg kisebb gyártói körből származó volumen esetében is fenntartható, nem jelentkezhetsz veszély. Bár igazán konkrét nem jelentkezett, de olyan kiélezetté vált ez a verseny, hogy muszáj volt ezt pontosítani.

Hasonlóképpen egy éve vezetődött be a biológiai gyógyszerek esetében a verseny lehetősége, és itt az egyéb gyógyszer-szektorokhoz hasonlóan, a delista korlát megváltoztatása 30 százalékról 50 százalékra, szintén azt jelenti, hogy több gyógyszer maradhat bent a

támogatotti körben, és a betegellátás biztonsága, pláne itt a genetikailag némileg érintett gyógyszerek esetében jobban fenntartható.

Egy harmadik, az elmúlt évek gyakorlatából származó döntés az, hogy egy nagyon érdekes, más európai országokban is ismert státusz bevezetése történne a magyar gyógyszer-támogatási befogadás gyakorlatában, a kedvezményezett státuszú gyógyszerek bevezetése. Hiszen, amikor, emlékeznek a képviselő urak is rá, hogy néhány éve vagy másfél éve pontosabban alakult ki az az ellátási probléma, amikor az onkológiában bizonyos kis értékű szerek, talán pont azért, mert a gyártásuk, értékesítésük a befogadás nehézségéhez képest nem volt kifizetődő, egyszer csak hiánycikké váltak, és sürgősen kellett – jogalkotással is megtámogatott módon – gyógyszer-monitoringot felépíteni. Ebből a tapasztalatból kiindulva született az a döntés, hogy az ilyen típusú gyógyszerek számára egy egyszerűbb befogadási, egyszerűbb igazgatási szolgáltatási díjas és kedvezményesebb rendszert alakítunk ki. 30 millió forintos, ez is jelzi a volument ilyen esetekben, nyilván persze minden más egyéb gyógyszer-forgalmazási jogszabályt betartva, nagyságrendű volumenkorlát-szerződés mentén, akkor ez kevésbé fordulhat elő azt reméljük, a jövőben, hogy az ilyen nem a kurrens körbe tartozó gyógyszerek esetében, ugyanakkor ellátási szempontból fontos, egyébként csak egyedi importtal, nehezen biztosítható körben ne alakuljon ki a jövőben hasonló.

Egy pár pontosításra volt szükség a patikai tőkeprogram kapcsán a jogszabályban, nyilván például a családtagokra vonatkozó elővásárlási jog kérdését pontosítani kellett, hiszen bizonyos méltánytalanság alakulhatott volna ki közöttük egy átruházásnál. Ezt a jogszabály-módosítás tartalmazza, és reméljük, hogy így a folyamatnak ez a része is rendben van.

Több kisebb módosítás még a közforgalmú gyógyszertárak működésével kapcsolatban a jogszabályban szerepel.

Amit talán még kiemelnék a két törvény kapcsán, a pszichoaktív anyagok kérdése. Túl vagyunk a designer drog kapcsán az első év tapasztalatain, és azt látjuk, hogy az a 44+4 hatóanyag, ami a listán szerepel, és áprilisig el kell végezni a kockázatértékelést, abban a pillanatban eltűnt a piacról hál' istennek, amikor a jogszabály még csak C-listára helyezte. Áprilisban le kell zárni az eljárásokat. Minden módon azon vagyunk, hogy ez megtörténjen, de ez nemzetközileg sem egyszerű. Az Európai Unió maga most szüli azt az irányelvet, amelyik – ha szabad ezt mondani – minket követve, szintén egy ilyen kockázatkezelési gyakorlatot fog alkalmazni. Tehát nehéz a nemzeti gyakorlatra hivatkozni. Ezért az a döntés született, hogy egy úgynevezett D-listát hozunk létre kormányrendeleti szinten, amibe azokat a szereket, hatóanyagokat tesszük át, amelyekről nem bizonyosodott be egyértelműen, hogy valóban tudatmódosító szerek, de mégis a gyakorlatban láthatóan „a piac kipróbálta őket”.

Erre a D-listára ugyanaz a jogszabályköteg vonatkozna, mint a C-listára, tehát gyakorlatilag bejelentésköteles, és annak elmulasztása esetén szankcióköteles egy ilyen anyag forgalmazása, értékesítése. Nyilván az a fajta tulajdonlasi volumen, ami az A) és B-listán, tehát a masszívan tudatmódosító szereknél szerepel, nyilván nincsen, de azt szeretnénk elérni, hogy az ezektől való tartózkodás fennmaradjon az áprilisi döntés után is, és ez egy széles körben leegyeztetett és szerintem is pozitív lépés a fiatalok védelme érdekében.

Nagyon komoly izgalmat váltott ki az elmúlt egy évben a gyógyászati segédeszközök házhoz szállítása kapcsán a közreműködés kérdése. Hiszen itt egyik oldalról ez nyilván egy szakmai minőségi elvárás, bizonyos fajta érdekeltségek figyelembevétele mellett, ugyanakkor bizonyos betegkörök bevált gyakorlatát ez rosszul érintette, akik már kiképzett módon kapták évek óta az eszközeiket, nekik erre nem volt szükségük. Most a törvény lehetővé teszi, hogy egy bizonyos eszközkörben, amit rendeleti módon kell szabályozni, tehát ott kell pontosítani, hogy melyek azok az eszközkörök, mégiscsak lehessen igénybe venni közreműködőt a házhozszállításnál, és reméljük, hogy akkor ez a feszültség megoldódik a rendszerben.

Az utolsó törvény, ami majdnem mindig tárgya volt az elmúlt években a módosításnak, az Eftv., a 2006. évi CXXXII. törvény, az egészségügyi ellátórendszer

fejlesztéséről, ahol tulajdonképpen a legfontosabb kérdés mostanra az elmúlt évek és az uniós fejlesztések kapcsán a többletkapacitások befogadásának a kérdése volt, hogy ezt jogszabályilag rendezni. Egyszerűsödne az eljárás. Eddig háromfajta módon lehetett: ezek közül a prioritás mentén való befogadást, amikor a miniszternek egy prioritáslistát kell megadni, és annak mentén is történhetne pályázatadás, ezt gyakorlatilag megváltoztatjuk, leginkább azért, mert nem működött, egyszer sem került sem az előző kormány idejében, sem a mi időnkben ennek lebonyolítására mód. De azt szeretnénk, és ez megmaradna kormányrendeleti szinten, hogy a miniszter által megadott prioritás egy listában továbbra is rendelkezésre álljon, és annak a bizottságnak, amit TBB bizottságnak hívnak, az OEP tanácsadó bizottsága, sőt döntéshozó bizottsága, ezt a listát figyelembe kell vennie, de nem ennek alapján történne pályázatiírás.

Tehát egy ilyen típusú elem, ami nem működött, a rendszerből kikerülne. Viszont azt is pontosítani kellett, hogy mit értünk többletkapacitás alatt. A mai napig is ezzel számos gond van, hogy vannak fizikai kapacitások: ágy, járóbeteg óra, de már az egynapos ellátásnál, a nappali ellátásnál azért ezzel vannak problémák. Ugyanakkor vannak finanszírozási „kapacitások” is, tehát amikor többletforrás-kiáramlás is okoz egy-egy ilyen kapacitásdöntést. Itt háromfajta szint van, eddig is volt tulajdonképpen, de ez most végképp pontosul, amikor éven túli kötelezettség-vállalást eredményez egy ilyen döntés, tehát mondjuk egy ágyfejlesztéssel együtt többlet TVK-forrásnak is oda kell kerülnie, akkor arról a kormánynak kell döntenie. Eddig is így történt ez az uniós fejlesztési források esetében, de most ez esetleg más nemzeti forrásokra is vonatkozna, ami eddig nem volt egyértelmű. Amennyiben csak éven belüli változás következik be, akkor pedig a két miniszter, tehát az egészségügyi miniszter és a gazdasági miniszter hagyja jóvá az adott év költségvetését érintő lépést.

Amennyiben pedig „csak” kapacitás módosul, ágyszám vagy óraszám a fenti változás nélkül, akkor nem szükséges a fenti miniszteriális vagy kormány-jóváhagyás hozzá, akkor viszont a szöveg szerint a tartalékkapacitás nagyságrendje limitálja tulajdonképpen azt a volument, amiben lépnie lehet az OTH-nak, az OEP-nek, és nyilván a minisztériumnak, és ebben vannak kivételszabályok, hogy mikor lehet ezt a tartalékkapacitás-volument átlépni. Illetve szerintem fontos a jövőben megteremteni a kapacitás-elvétel szabályát is, mert bizony, a rendszer minősége érdekében nem nagyon volt eddig példa arra, hogy valaki megszerzett egy csillagos HBCS vagy indexált OENO-jogosultságot, most legutóbb pedig a rehabilitációs ellátásban a szorzókat, és amikor az ahhoz szükséges feltételek csorbultak, a személy vagy az eszköz nincs ott a helyszínen, maradt továbbra is a jogosultság.

Tehát azt gondoljuk, hogy a minőség érdekében ezt a lehetőséget biztosítani kell. Ennek elég jelentős kormányrendeleti lába is van a részletszabályok érdekében, amelyek a következő hetekben következnek. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. A képviselői kérdések, észrevételek következnek, amelynél azt a javaslatot tenném, hogy a rövidebbik változatot a bizottsági ülésen, a hosszabbat pedig majd a parlamenti általános vitában érvényesítsük.

Gyenes Géza alelnök úr!

Kérdések, vélemények, észrevételek, válaszok

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót. Megpróbálok e szerint, elnök úr útmutatása szerint gyorsan kérdezni. Államtitkár asszony, csak pontosítani szeretném: tehát azoknak a kollégáinknak nem kell működési engedélyt kérni a hatóságtól, akik közreműködők? Tehát csak azok a vállalkozók, akik közreműködők? (Dr. Páva Hanna: Igen.) Jó, ez fontos volt, mert az érdekes helyzet lenne, ha egyébként lehetne dolgozni.

A másik pedig: itt is megpróbálok rövid lenni. Én ismertem a tárca előterjesztési változatát, és a legnagyobb öröömre szolgált, amikor olvashattam az egészségügyi

elektronikus szolgáltatási térről szóló fejezeteket, ugyanis az a régi kívánsága a betegek kezelésében dolgozó orvosoknak, hogy minden olyan adatot megismerhessenek, amit egy másik orvos, mint kezelőorvos a betegről meg tudott szerezni, azaz bevitt az adminisztrációba, tehát mondjuk gépen rögzítette.

Mivel ennek az egész térnek az a lényege, hogy a különböző elektronikus helyszíneket össze lehessen kötni egy közös célért, és ez nem azért van, mert valamiféle mániákus adatgyűjtésről van szó, hanem a mindennapi gyógyítás minőségét javítja az, hogy ha én, kezelőorvosként mondjuk egy ügyeletben pontosan tudom, hogy az a beteg, aki számomra teljesen ismeretlenül bejön az ajtón, akkor én látom a lehetőségből, hogy mivel kezelték, milyen gyógyszereket kapott, stb.

Ehhez képest most ez a változtatás megmondom őszintén, hogy teljesen mellbe vágott, és az a furcsa helyzet áll elő, hogy a tárcát ellenzéki képviselőként ebből a szempontból meg kell dicsérjem, viszont a kormányt pedig nem. Megmondom, hogy miért nem, akkor fogalmuk nincs, hogy miért volt erre az elektronikus térre szükség. Hacsak nem olyan elképzelések vannak, hogy ez a változat valamiért nem jó, majd átdolgozzák és új lesz helyette, ez részben kérdés, hogy akkor most mi lesz? Mert az a kedvezmény, hogy a mindenkori kezelőorvos belenézhet az OEP nyilvántartásába. Mi a fene van az OEP nyilvántartásában benne? Nincs az OEP nyilvántartásában, nekem, mint háziornosnak az összes leletem, vizsgálati tapasztalatom, diagnózisom nincs benne a társadalombiztosítás nyilvántartásában, akkor mit tud a kezelőorvos onnan kinézni? Lehet, hogy a társadalombiztosítási támogatással felírt gyógyszereket igen.

A másik nagy probléma ennek a rendszernek az elvetésével: mi lesz az e-recepttel, ami egy borzasztóan fontos és nagyon nagy változtatás lenne? Örülnék neki, ha nem a papírrecept-gyártó érdekeltségeknek a nyomására maradt el ez az egész, mert az egy elég gyalázatos dolog lenne.

Megyek tovább a konkrét kérdésekhez, mert van egy-két konkrét kérdés, csak lapozom, mert nagyon hosszú ez a törvény. Van egy olyan kérdésem, amit most Bene alelnök asszonytól megkérdeztem, mint kórházi embertől, hogy mi az istent jelent egészen pontosan, hogyan kell értelmezni praktikusán az intézményi előjegyzési listát. Ő elmagyarázta nekem. A tárcától most nem kérem, pedig az itt ülők között szerintem sokan vannak, akik nem értik ennek az egésznek a lényegét, hogy ez most miért jó és miért fontos. Amit miniszteri biztos úr elmondott, rendben van, érthető, hogy ez segít ezen, azon meg amazon, de nem igazán lehetett a jogszabályból ezt kiérteni.

Itt van egy kérdésem, nevezetesen a 17. §-ban azt írja az 5. pont módosításában, a b) pontja, hogy a Tbj. 11. § a) pontja hatálya alá tartozó magyar állampolgárról beszél, hogy mit köteles külföldön, stb.

Én megnéztem ezt a jogszabályi hivatkozást. Most vagy a parlament által rendelkezésünkre bocsátott jogszabálykereső hibája, de amikor elolvastam az ott megtalált Tbj. 11. § a) pontját, ami itt magyar állampolgárról beszél, itt azt mondja az a) pont, hogy külföldi állam Magyarországra akkreditált diplomáciai és konzuli képviselete személyzetének külföldi állampolgárságú tagjára vonatkozik, stb. Tehát nem értem. Ez egy elcsúszás vagy én nem tudok, legalábbis a jogtárból nem tudtam kellően jó információt, mert úgy látom, hogy itt vagy elcsúszott, vagy ez a parlamenti jogtár hibás.

Ez is egy kérdés, hogy akkor ez most pontos hivatkozás-e vagy sem.

A társadalombiztosítási részben van, hogy a 48. §-ba gyakorlatilag új (4) bekezdést tesznek, illetve az az új bekezdés, hogy gyakorlatilag megsemmisítik a mostani (4) bekezdést. Ami végül is a táppénz kiszámítását mondja, ha ezt megszüntetem, akkor az a kérdés, hogy minek alapján fogják kiszámolni a táppénzt, hogy ha ezt a (4) bekezdést, ami pont erről rendelkezett, törlik?

Lehet, hogy valahol máshová van beépítve, de ehhez képest úgy látom, hogy nem látom, hogy mi lesz a megoldás.

A következő apró kérdés: a salátatörvény 27. §-ában van egy olyan szöveg, hogy az egészségügyi törvény 120. § (7) bekezdéssel egészül ki: „a rehabilitációs medicina területén működő egészségügyi szolgáltatók tevékenységüket rehabilitációs ellátási programok szabályozott rendszere alapján végzik”, ez így jól hangzik, csak milyen programokra utalnak? Én nem tudom, lehet, hogy a tájékoztatatlanságomnak köszönhető, és ha csak tervezik, akkor mikor lesznek kész ezek a programok, mert ez roppant fontos lenne.

Aztán megmondom őszintén, hogy az egészségügyi törvény működési nyilvántartással foglalkozó 112. §-ában helyesen szerepel, hogy az egészségügyi dolgozóval szemben törvény alapján etikai eljárás keretében kiszabott jogerős büntetés tényét is az EEKH-nak jelenteni kell. Most megint az a kérdésem, hogy én a kamarai törvényben erre nem láttam kötelezést a kamarának, hogy ezt milyen módon jelentse az EEKH felé. Kérdésem, hogy más jogszabályban van-e ez rendezve, mert ha nem, akkor viszont a kamarai törvényben esetleg módosítani kellene, hogy valóban az Orvosi Kamara keretében hozott etikai ítéletek az EEKH nyilvántartásában megjelenjenek, mert a törvény szerint, ha ezt nem változtatták meg, akkor ott kell lennie.

Szintén van egy problémám az egészségügyi törvény 112. § (4) bekezdés k) pontja helyébe egy új rendelkezés lép, ami azt mondja, hogy az egészségügyi dolgozó alap- és működési nyilvántartási száma, alap- és működési nyilvántartásának jogszabályban meghatározott típusa, ezt leírja a törvény. A kérdésem az, hogy mi az alapnyilvántartásnak a jogszabályban meghatározott típusa? Nem tudom, hogy milyen típusok vannak az alapnyilvántartásban. Gondolom, itt most már lehet, hogy azok, hogy az orvosin kívül most már más alapnyilvántartás is van, de azért ezt jó lenne, ha pontosítanánk, vagy megtudhatnánk, hogy mik ezek.

Lapozok tovább. A többi, amihez nem szólok hozzá, az természetesen azért van, mert úgy látjuk, hogy olyan pontosítások, amelyek elfogadhatók és vállalhatók.

Gyakorlatilag az a része a kérdésnek, hogy a nyugaton dolgozó magyar állampolgárok, akiknek bejelentési kötelezettségük van, hogy ha máshol, nyugaton biztosítást kötnek, akkor azoknak itt már a sürgősségi ellátáson kívül minden ellátásért fizetni kell, amit majd az ottani biztosítójuk utólag megtérít című történet. De azért mi is nagyon jól tudjuk, eléggé el nem ítéhetően, még az egészségügyben is van olyan magyar állampolgár, aki külföldön dolgozik, de ott semmiféle biztosítása nincsen, de viszont itthon fizeti. Tehát csak kérdezni akarom, ezen külföldön dolgozó, de a magyar biztosítónál biztosítási díjat fizető állampolgárok esetén azért, ha hazajönnek gyógyulni, nem fogjuk őket kidobni és nem kérünk tőlük pénzt? Ezt is csak kérdezem, mert lehet, hogy önök is így értik, és akkor nincs igazán gond vele. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Én államtitkár asszonyhoz csak egyetlen rövid kérdést szeretnék feltenni, és pedig azt, hogy ha jól értelmeztem – lehet, hogy nem jól értelmezem –, a beteg a dokumentációjához ingyenesen hozzájuthat ezentúl, vagyis a másolást önmaga elvégezheti, nem az intézménynek kell ezt elvégeztetni. Nem kell mondanom, hogy a betegek körülbelül 80 százalékban olyan adatokhoz jutnak hozzá, amelyeket előzőleg is megkaptak, és ezt kéri azzal a különbséggel, az intézményvezetőnek minden oldalt alá kell írni. Tehát a munkám egy részét jelentősen az teszi ki, hogy minden oldalra odaírom a nevemet.

Ez igazából azért értelmezhetetlen számomra, mert a beteg egyszer már megkapta ezt, és a beteg ennek ellenére kérheti a másolatot. Ez azt jelenti, hogy sokszor 20 évre

visszamenőleg visszakeressük, 50 évig kell megőrizni, és én visszamenőleg 20 évre mindegyiket aláírom, holott a beteg egyszer már megkapta.

Kvázi egy olyan helyzetet teremt ez az egész dolog, amely a jogoknak olyanfajta túlterjesztése, annál is inkább, hogy ha bírósági ügyről van szó, akkor a bíróság hivatalból felszólít, hogy szolgáltatassam neki az adatokat. Ha a társadalombiztosítással kapcsolatos ügyről van szó, akkor szintén. Ugyanakkor mondjuk 38 rendelkezésen megjelent papírt, amelyiknek egy részére az van odaírva, hogy „status idem”, azokat is aláírom, és lemásolják. Ezt muszáj ebben a formában? Nem lehet valami olyan formában alakítani, hogy ne így legyen ez a dolog? *(Dr. Gyenes Géza: Majd beleszámít a szolgálati időbe.)*

ELNÖK: Köszönöm szépen. Hollósi képviselő úr!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen. Nem mehetek el szó nélkül, hogy meg ne köszönjem a segédeszközökkel kapcsolatos könnyítést. A kérdésem ehhez is kötődik meg egy másik területhez. A kérdésem az, hogy van-e mód arra, hogy a miniszteri rendelet tartalmát majd megismerhessük, mert végül is azok a konkrét betegcsoportok érdekeiről van szó, akik azért ebben masszívan érdekeltek, és egyben hadd ajánljam fel azoknak a civil szervezeteknek a segítségét az államtitkárságnak, akik képviselik ezeket a betegeket, nagyjából három, de legalább két területről van szó. Másrészt pedig, hogy budapesti lévén, erősen érintett vagyok – illetve vagyunk egy páran – az ügyeleti renddel kapcsolatban. Lesz-e valami rálátásunk erre, mert én tudom, hogy ezt Magyarország egyéb részein értelmezni sem lehet, mint ahogy te is elmondtad, illetve a helyettes államtitkár asszony, Budapesten ez egy sajátos probléma, és ezt valóban kezelni kell, és nagyon szívesen konzultálnánk ez ügyben. Köszönöm.

ELNÖK: Alelnök asszony!

DR. BENE ILDIKÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Két rövid kérdésem van. Az egyik, ami az adatkezeléssel kapcsolatos, pontosabban az egészségügyi hatósági igazgatási tevékenységről. Én megértem, hogy egy helyre küldjük az összes létező adatot, mert most eddig küldtük a MÁK-hoz, küldtük az EEKH-ba, és onnan látom, hogy lekérheti mondjuk az EEKH, az OEP és egyéb az adatokat.

Biztos, hogy ez egyszerűbb lesz? Tehát az, hogy egy helyre tesszük ezt az iszonyatos adatbázist? Mert ez az összes változás, bejelentés, ez egy borzalmas nagy adathalmaz lesz. Kérdésem csak annyi óvatosan, hogy értem a logikát, nem lesz ennek nagy hibalehetősége az adatok átadásában? Ez az egyik kérdésem.

A másik pedig az, hogy én azt örömmel veszem, hogy a Mentőszolgálat irányítása alá fog kerülni a betegszállítás, illetve a sürgősségi ellátás teljes szervezése, de az alapellátási sürgősségi ügyeletek jó része is úgymond szolgáltatónál van, mert ezt az önkormányzatok megpályáztatták.

Tehát a kérdésem az, hogy hogyan vagyunk erre felkészülve? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Csak egy fél perc. A veleszületett rendellenességek nyilvántartásáról érdeklődnék, hogy miért csak 50 évig kell az adatokat megőrizni, mert gondolom, a későbbi korok kutatóinak vagy orvosainak talán szüksége lehet erre.

A másik pedig: nem vagyok velem teljesen tisztában, de az apák adatainak a rögzítése milyen módon történik meg ez esetben? Köszönöm, csak ennyi.

ELNÖK: A válaszadások következnek.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm szépen, elnök úr. Akkor kezdem alelnök úr kérdéseivel. A közreműködők: igen, tehát itt csak azokról van szó, akik személyesen működnek közre, tehát csak a személyi feltételek biztosításához kellene nekik. Értelemszerűen csak a közreműködési szerződés, tehát mindenki más esetében kell a működési engedély. Azt gondoljuk, hogy ez egyébként az egészségügyi dolgozók számára egy könnyítés. Tehát aki mint közreműködő dolgozik, akkor ne kelljen működési engedély.

Az e-Health-szel kapcsolatban, itt nagyon komoly előkészítések zajlottak, hosszú egyeztetések, több körön keresztül. Ez egy teljesen újszerű megközelítés lett volna, ahogy ön is említette. Végül is az volt a kormány döntése, hogy ez egy annyira bonyolult rendszer lenne, hogy itt több idő kell ennek a további kidolgozásához, bevezetéséhez. Ezért döntött így a kormány. Dolgozunk rajta továbbra is, majd meglátjuk, hogy mikor lesz ez olyan stádiumban, hogy be lehet majd nyújtani.

Ezzel kapcsolatban mi azt gondoljuk, hogy annak a lehetőségnek a megteremtése, hogy a kezelőorvos hozzáférjen az OEP adatbázisához, az ilyen szempontból már egy előrelépés. Nemcsak azt látja az OEP adatbázisában, hogy milyen recepteket váltott ki, milyen gyógyszert fogyaszt a beteg, hanem azt is látni lehet ebből, hogy ő milyen finanszírozott egészségügyi ellátást kapott. Tehát a TAJ-szám alapján igenis, be lehet azonosítani, hogy ő korábban milyen kezeléseket részesült.

Tehát azért többet lehet látni, nemcsak azt, hogy mi az a gyógyszer, amit éppen szed vagy szedett.

Tehát én tudom, hogy amit ön szeretne, attól ez még messze van, mi sem ezt akartuk, de mindenesetre ez egy előrelépés annak érdekében, hogy a kezelőorvos már többet tudjon a betegről.

Az etikai ügyekkel kapcsolatban: ezt meg fogjuk nézni, de én azt gondolom, tehát ez nem változik, az EEKH-nál ezt nyilván kell tartani értelemszerűen, rengeteg dologhoz erre szükség van, a külföldi munkavállaláshoz szükséges igazolás kiállításától elkezdve, számos kérdésben ennek komoly jelentősége van. Szerintünk pusztán az a tény, hogy már az egészségügyi törvény ezt előírja, hogy az EEKH-nak ezt nyilván kell tartani, ez egyfajta kötelezettség is az illetékes kamarák számára, de akkor ezt megnézzük, hogy kell-e esetleg valamiféle pontosítás abban a törvényben.

Az alap- és működési nyilvántartás típusa: itt tulajdonképpen ez egy technikai pontosítás, úgy is lehetne nevezni, hiszen az élet azt mutatja, hogy már az eddigi hatóságok is – most az EEKH, amely vezeti a nyilvántartásokat – úgy tartja és tartotta nyilván, hogy ki az, aki az orvosi alapnyilvántartásban és működésiben, ki az, aki a gyógyszerészen, ki az, aki a szakdolgozóiban szerepel.

Tehát ez a működési típus egész egyszerűen csak azt mondja, hogy ez orvos, fogorvos, gyógyszerész, egészségügyi szakdolgozó. Köszönöm. Átadnám a szót miniszteri biztos úrnak.

DR. CSERHÁTI PÉTER miniszteri biztos (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Szintén alelnök úr kérdései között, az intézményi előjegyzési lista kapcsán igyekeztem elmondani a problémát, amivel szembesültünk, és a jogszabály korábbi szövege és mondjuk a szakmai józanság mentén is a várólista mindig azt jelenti, hogy egymásutániság. De a szakmai lapokban a betegek szükséglete sorrend által meghatározott módon kell hogy a betegek a várólistára felkerüljenek. Ehhez képest azt tapasztaltuk az OEP-adatok szűrésével, hogy a vége felé így fellazul a rendszer, és a várólisták vége felé előfordul az, hogy egy beteg egy TAJ mentén mondjuk három-négy hónap, egy év különbség is van a legutolsó, még egymás utáni esetekhez képest, és ezek leválogatásával derült ki nem egy esetben próbaképpen, egy

konkrét intézet esetében, telefonos rákérdezéssel, hogy voltaképpen ez előjegyzés volt. Tehát itt a beteg saját érdekei vagy az adott intézménnyel történő egyeztetés mentén nem a folyamatos várólistára beléptetés történt, hanem egy távoli jövőbe helyezték az ő ellátását.

Itt vált világossá az, mindannyian tudjuk, hogy hányfajta érdek alterálja ezeket a helyzeteket, hogy legalább a várólista fogalmát pontosítsuk tovább, tehát ahol tényleg számon kérjük a rendszertől azt, hogy a szükséglet mentén lépjen tovább és legyen igazságos és transzparens, azt válasszuk el ettől. Komoly vita volt erről jogalkotási szempontból, hogy szükség van-e erre, de én is azon a véleményen vagyok, hogy igenis, szükség van. Törvényi alapon szabályozza az előjegyzési listát is, amelyik technikailag nem különbözik a várólista rendszertől, ugyanaz az adatkezelés, dekódolás, ugyanaz a fajta adatminőség vonatkozik rá, mint a várólistára a jogszabály szerint, azzal, hogy amikor a beteg időpontja odaérkezik a várólistában is, hogy már ő következne, akkor automatikusan át kell kerülnie az intézményi előjegyzési listáról a várólistára.

Ez azért mégiscsak a rendszer működésének egy jobb monitorozását teszi lehetővé, ezek a zavaró, a magyar gyakorlatban, de persze máshol is lehetséges, előforduló egyedi kérdések nem zavarják, és jobban tudjuk értékelni a rendszer működését, szabályozni és befolyásolni is.

Ez a magyarázata annak, hogy úgy döntöttünk, hogy igenis, jogszabályi háttérrel kell ennek teremteni, mert láthatóan a kollégák nem teljesen egyértelműen értelmezik ezt a helyzetet, bár ez mondjuk elvárható lett volna korábban is.

A Tbj-s jogszabályok kapcsán: itt több feszültség keveredik a rendszerben. Az egyik maga ez a határon átnyúló irányelv kapcsán felmerülő új és új problémák, egész Európa a kísérleti pilot study időszakában van e tekintetében, tehát nehéz azt mondani, hogy kiforrott gyakorlatokat kell hogy átfedjen, mert ilyen nincsen.

A másik az, amit önök is megélték, és itt a bizottságban is előkerült, az OEP az ÁSZ-jelentés kapcsán egy helyen kapott kritikai észrevételt, pontosan a külföldi ellátások elszámolása kapcsán. Bár főigazgató asszony pontosította, hogy igazából az a nagyságrend nem milliárdos, csak 300 millió forint, az a kintlévőség, amit nem tudott behajtani. De velük is együttgondolkodva maradtunk abban, hogy igyekszünk ezeket a jogszabályhelyzeteket pontosítani, és ha lehet, oda-vissza elvarrni azokat a helyzeteket, amikor magyar állampolgár valamilyen okból, vagy mert EGT-tagállamban dolgozik, vagy mert amit alelnök úr kérdezett, ez egy kivételszabály a b) pont, a mostani salátatörvény 17. – a 80. §-t módosító – pontjában, hogy van jó pár olyan magyar állampolgár, aki TAJ-számmal rendelkezik, aki nemzetközi szervezetben van, nem az Európai Unióban, hanem a WHO-nál vagy az UNICEF-nél, és itt tovább dolgozik, és rá is bizonyos fajta kivételszabályok vonatkoznak, és a jövőben azt szeretnénk, hogy ha ők is bejelentenek az ezekhez kötődő biztosításaikat, a kettős jogviszony és egyebek elkerülése érdekében.

Van ennek egy másik szála, amit utóbb tetszett feltenni, hogy amikor magyar állampolgár például egy Erasmus-ösztöndíj keretében külföldön van és ott van biztosítása, pontosabban itthon fizeti a biztosítását és ilyenkor derül ki néha az, hogy ez nem történt meg, és a szegény beteget, vagy éppen betegként jelentkező magyar állampolgárt az a meglepetés érte, hogy idehaza jelezték neki, hogy jelentős járulékfizetési elmaradása van. Ez pontosan ennek a szálnak a másik oldala, hogy ezt is tisztázni kell, hogy aki viszont külföldön nem lépett jogviszonyba és nem jelentett ilyet, annak elvileg a magyar járulékot fizetnie kell. Ha ezt teszi, akkor a magyar ellátást kaphatja és onnantól kezdve ez nem kérdés.

De tényleg zavar volt ebben, pláne ez a mostani idei év „rontott” a közegen nemzetközileg.

A rehabilitációs ellátási protokollok egy nagyon jogos kérdés. Nyilván nem derül ki ebből, pedig ez már egy régi folyamat. A rehabilitációs szakma másképp éli meg a saját világát. A gyógyító szakmától eltérően nem BNO-ban, hanem FNO-ban, a funkcionális

állapotcsökkenésben gondolkodik, neki másodlagos, hogy egy amputáció miért jött létre, ő az eredményt, a végállapotot szeretné visszavezetni a társadalomba.

Ez a szemlélet már régóta él, ezért a szakma hosszas fejlesztések után megváltoztatta a saját jogszabályi környezetét, pontosabban egyelőre csak szakmai környezetét, és létrehozott egy 30 létező, jelenleg a szakmai testület honlapján elérhető rehabilitációs ellátási programot, ahol az amputációtól kezdve a reumatológiai, degeneratív betegségek rehabilitációjában az FNO-szemponatok alapján minősíti, és kategorizálja és hoz létre progresszív szinteket a rehabilitációs tevékenységben. Azt reméljük, hogy ha ez megjelenik jogszabályban, ugyanúgy, mint ahogy megjelent a kemoterápiás kézikönyv nem is munkával taval, vagy megjelent a HBCS-besorolási könyv vagy a járóbeteg-pont, egy negyedik nagy, 15 ezer ágyas szakmai egységben is végre jogszabályi és számon kérhető, ugyanakkor szorzók odaadását is megalapozó kategóriák jönnek létre. De ezek nincsenek jogszabályban, mint ahogy a besoroló táblák sem voltak taval januárig, februárig jogszabályban, ezért a rájuk való hivatkozás, a finanszírozási szabályok számonkérése így kétséges volt, és a döntés az lett, hogy igen, ezeket ki kell adni jogszabályban.

Tehát valószínűleg jövő tavasszal a jogszabályalkotásnak egy rendeleti szinten komoly munkája lesz ezeket megjelentetni, és ehhez kellett felhatalmazás a törvényben, hogy ezt a miniszter megtehesse, és ez a felhatalmazás szerepel itt az egészségügyi törvényben. Ez a magyarázat erre a mondatra.

Hollósi képviselő úr kérdése a segédeszköz-házhozszállítás kapcsán. Már elkészült rá a rendelet, hiszen azt szeretnénk, hogy január 1-jétől ez a helyzet korrigálódjon. Ez a rendeletcsomag, ha minden igaz, már a közigazgatás útján napokon belül a honlapra kerül - de a 14/2007-es rendeletben lesznek ezek a mellékletek -, megjelenik, és akkor társadalmi vita alapját fogja képezni, és bárkinek joga és módja lesz hozzászólni az érintettek közül, hogy egyetért-e vele vagy még tovább pontosítsunk rajta.

A Mentőszolgálat kapcsán és a KÁNY kapcsán még azt el kell mondani, hogy nyilván miután ennek a jogszabályi háttere január 1-jétől lép hatályba, a 2014-es budapesti ügyeleti beosztást még jelen formában az OTH – aki épp jelenleg vadul tárgyalja – készíti elő, ezt nyilván el kell hogy várjuk tőle. Ennek számos gondja van, de az inkább budapesti szakmai problémákkal függ össze, az érsebészek kis száma, az idegsebészek kis száma, ez nem könnyű, de ez ettől független. Sajnos, ezek az objektív paraméterek vannak is, meg féltő, hogy lesznek is még. Viszont a tény az, hogy 2014-től, és ezt részben válaszolnám alelnök asszony kérdésére is, valóban az OMSZ szerepe jelentősen megváltozik. Tehát jelenleg is tulajdonképpen ott, a Róbert Károly körúton – ha szabad ezt mondani – a MIR-projekt kapcsán nemcsak a mentés, hanem a betegszállítás most már jogszabályban, a légimentés koordinációja is megvalósul, és gyakorlatilag ezzel még a fenti budapesti ügyeleti rend koordinációja is a jogszabály mentén.

Ami valóban kérdés, az az alapellátási ügyelet kérdése, de mi úgy éreztük, hogy bár ott is nagyon-nagyon fontos lenne továbblépni, ez most még nem fér bele ebbe az időszakba, mert ott nagyon sok mindent még le kell egyeztetni az önkormányzatokkal, sok-sok kiszervezett tevékenység van, amit még helyre kell tenni.

Tehát azt gondoljuk, hogy ma így szól a szöveg, nem könnyű ezt észrevenni, hogy rendeleti módon és mértékben teheti ezt az OMSZ. Tehát az OMSZ növekvő feladatát most kifejezetten a KÁNY tekintetében szeretnénk meglépni itt január 1-jétől, mert erre szükség van, de az egyéb területeken pedig folyamatosan menne tovább a folyamat.

Azt hiszem, meg is válaszoltuk a kérdéseket. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. A vita ezen részét lezárom. Első helyen kijelölt bizottságként az általános vitára való alkalmasságról döntünk. *(Dr. Páva Hanna jelentkezik.)* Parancsoljon, helyettes államtitkár asszony!

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm, elnök úr. Azt hiszem, még van egy-két kérdés, amire nekem kellene válaszolnom, igyekszem gyorsan lezárni.

Nagy Kálmán képviselő úr kérdésére: itt lehet, hogy nem voltam teljesen világos. Itt már nem a betegről van szó, hanem a beteg halála esetén a közeli hozzátartozó, törvényes képviselő és az örökös. Erre most is lehetőség van, hogy saját költségére másolatot kérjen a teljes egészségügyi dokumentációról. Amiről ez a javaslat szól, az csak egy olyan pontosítás, hogy ha ő nem akar ezért fizetni, mert nincs pénze, akkor ő megtekintheti, ahogy eddig is megtekinthette, és saját maga készíti jegyzeteket. *(Dr. Nagy Kálmán: De akkor ki kell vinnie az intézményből.)* Nem, jegyzeteket készíti a dokumentációról, a szobában le kell ültetni, az irodában vagy a pincében, vagy ahol tárolják a dokumentációt.

Bene alelnök asszony kérdésére: az OTH adatkezelése. Mi azt gondoljuk, hogy ez a szolgáltatók számára egy könnyítés, mert akkor egy intézménynek kell az adatot szolgáltatni, és a törvény megteremti annak a lehetőségét, hogy elektronikus adattovábbítás legyen az intézmények, mármint a hatóságok között: OTH, EEKH. Tehát nem mondom, hogy teljes mértékben kizárható a hiba, de azt gondoljuk, hogy miután elektronikusan továbbít a szolgáltató, és elektronikusan küldi tovább az EEKH-nek az OTH, reméljük, hogy nem lesz olyan nagy hibaszázalék.

Végezetül a VRONY-nal kapcsolatban: az 50 éves kötelező nyilvántartási idő összhangban van az általános szabállyal, nevezetesen hogy 50 évig kell a leleteket megőrizni, illetve a zárójelentést, hogy pontos legyek. Viszont a kötelező nyilvántartási időt követően az intézmények egyrészt dönthetnek úgy, hogy továbbra is tárolják a dokumentumokat, hogy ha ezt meg tudják oldani, tehát erre lehetőség van, illetve kifejezetten rendelkezik arról a törvény, hogy ha a dokumentációnak tudományos kutatás szempontjából jelentősége van, akkor azt át kell adni a Semmelweis Orvostörténeti Levéltárnak.

Tehát ilyen szempontból az adat, ami tényleg kutatás szempontjából fontos, az nem fog elveszni.

Az apák adataival kapcsolatban eddig is úgy szólt a jogszabály, hogy a betegnek az adatait kell jelenteni, nem a hozzátartozókét, nem a szülőkéét, illetve ha kiskorúról volt szó – márpedig eddig csak az újszülött adatait kellett jelenteni -, akkor a törvényes képviselőknek a nevét és a lakcímét.

Tehát egészségügyi adatait eddig sem tartotta nyilván a VRONY, ez nem fog változni, most ugyanígy rendelkezik a törvény, hogy csak a törvényes képviselő nevét és lakcímét kell a továbbiakban tartalmaznia, ha jelentik. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Azért igyekeztem, nehogy a parlament plenáris ülésének napirendje rajtunk múljon.

Akkor általános vitára való alkalmasságról döntünk. Tehát aki általános vitára alkalmasnak tartja első helyen kijelölt bizottságként, az igen szavazatával erősítse meg! *(Szavazás.)* Egyhangú. Köszönöm szépen.

Előadókat kell állítanunk, a holnapi napon lesz az általános vita. A vezérszónoki hozzászólásra Bene Ildikó alelnök asszonyt kérném, a bizottsági véleményt Hollósi képviselő úr ismertetné. Kérdezném, hogy kisebbségi vélemény megfogalmazására van-e igény. *(Nincs jelzés.)* Nincs, mivel támogatva van. Köszönöm szépen.

A mai bizottsági ülést bezárom.

(Az ülés befejezésének időpontja: 13 óra 10 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva