



EGB-13/2011.  
(EGB-32/2010-2014.)

## **J e g y z ő k ö n y v <sup>\*</sup>**

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**  
2011. június 1-jén, szerdán, 14 óra 04 perckor  
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében  
megtartott üléséről

---

*<sup>\*</sup>A jegyzőkönyv eredeti hitelesített példánya az Országgyűlés Levéltárában megtalálható.*

## **Tartalomjegyzék**

|                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b><i>Napirendi javaslat</i></b>                                                                       | <b>3</b>  |
| <b><i>Az ülés résztvevői</i></b>                                                                       | <b>4</b>  |
| <b><i>Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása</i></b>                    | <b>6</b>  |
| <i>Dr. Paller Judit országos tisztifőorvos tájékoztatója</i>                                           | 6         |
| <b><i>Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/3357. számú törvényjavaslat</i></b> | <b>7</b>  |
| <i>Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) szóbeli kiegészítései</i> | 7         |
| <i>Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) szóbeli kiegészítései</i>     | 9         |
| <i>Kérdések, hozzászólások, észrevételek</i>                                                           | 17        |
| <i>Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai</i>              | 27        |
| <i>Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai</i>                  | 30        |
| <i>Szavazás az általános vitára alkalmasságról</i>                                                     | 36        |
| <b><i>Egyebek</i></b>                                                                                  | <b>36</b> |

## **Napirendi javaslat**

1. Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslat  
(T/3357. szám)  
(Általános vita)
2. Egyebek

## **Az ülés résztvevői**

### **A bizottság részéről**

#### **Megjelent**

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

Dr. Gyenes Géza (Jobbik), a bizottság alelnöke  
Dr. Heintz Tamás (Fidesz)  
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)  
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz)  
Dr. Iván László (Fidesz)  
Dr. Kupper András (Fidesz)  
Dr. Szabó Tamás (Fidesz)  
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)  
Dr. Puskás Tivadar (KDNP)  
Hegedűs Tamás (Jobbik)  
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)  
Szilágyi László (LMP)

#### **Helyettesítési megbízást adott**

Jánosiné dr. Bene Ildikó (Fidesz) dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)  
Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz) dr. Heintz Tamásnak (Fidesz)  
Dr. Daher Pierre (Fidesz) dr. Horváth Zsoltnak (Fidesz)  
Dr. Kupper András (Fidesz) megérkezéséig dr. Puskás Tivadarnak (KDNP)  
Dr. Ódor Ferenc (Fidesz) dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)  
Dr. Szabó Tamás (Fidesz) megérkezéséig dr. Iván Lászlónak (Fidesz)

### **Meghívottak részéről**

#### **Hozzászólók**

Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)  
Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)  
Dr. Paller Judit országos tisztifőorvos

#### **Megjelentek**

Dr. Schlammadinger József főosztályvezető (Nemzeti Erőforrás Minisztérium)  
Zachár Péterné számvevő (Állami Számvevőszék)  
Dr. Bidló Judit főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)  
Dr. Stenszky András (Magyar Orvosi Kamara)  
Dr. Hankó Zoltán alelnök (Magyar Gyógyszerészeti Kamara)  
Dr. Horváth Hutás Tamás elnök (Magyar Gyógyszerészeti Kamara)  
Dr. Mikola Bálint elnök (Magángyógyszerészek Országos Szövetsége)

dr. Ujfalussy Györgyné igazgató (Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége)

Dr. Gara Imre elnökhelyettes (Nemzeti Egészségügyi Tanács)

(Az ülés kezdetének időpontja: 14 óra 04 perc)

### **Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása**

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Tisztelettel köszöntök mindenkit a parlament Egészségügyi bizottságának soros, 2011. június 1-jei ülésén. Nagyon köszönöm a bizottság tagjainak, úgy gondolom, hogy talán a mi bizottságunk az egyik legrugalmasabb bizottsága a parlamentnek, mert a legkülönbözőbb időpontokban tudunk hál' istennek rendelkezésére állni a fontos témáknak.

Engedjék meg, hogy nagy tisztelettel köszöntsem az egészségügyi tárca képviselőjében Páva Hanna helyettes államtitkár asszonyt, Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat, Paller Judit országos tisztifőorvost, állandó meghívott vendégeinket és mindenkit, aki megtisztelte jelenlétével mai bizottsági ülésünket. Mindenkit tisztelettel köszöntök.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes, és megkérdezem a bizottság tagjait, hogy valakinek van-e napirend előtti bejelentenivalója. *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor köszönöm.

Magam felkértem és megkértem Paller Judit országos tisztifőorvos asszonyt, hogy a napirend előtt adjon nekünk tájékoztatást az enterohaemorrhagias escherichia coli baktérium okozta járvány következtében kialakult helyzetről, mely meglehetősen sok színben és fényben volt feltüntetve az utóbbi időben. A legautentikusabb és a leghitelesebb tisztifőorvos asszonyt megkérném, hogy a tájékoztatót tartsa meg nekünk röviden.

Egyébként azt szeretném mindenkinek elmondani, hogy napirend előtt 5 perces időtartamban van lehetőség hozzászólni. Ebben az időkeretben kérném a tájékoztatást tisztifőorvos asszonytól.

### **Dr. Paller Judit országos tisztifőorvos tájékoztatója**

DR. PALLER JUDIT országos tisztifőorvos: Köszönöm szépen, elnök úr, és az érdeklődést is köszönöm. Ott kezdem, hogy május 24-én az Európai Unió járványügyi gyorsriasztó rendszerén keresztül kaptuk az első hírt arról, hogy Németországban megnövekedett számban fordulnak elő haemolyticus-uraemiás szindrómában szenvedő betegek. A betegek első jelentkezése Németországban április 25-én kezdődött, és gyakorlatilag azóta a számuk folyamatosan növekszik. Jelenleg összesen a világban 412 ilyen esetet tartanak nyilván.

Az elhunytak száma 10, a sajtóban elhangzott 15-tel szemben. A tíz halálesetet verifikáltan az escherichia coli toxikus törzse által okozott megbetegedés, illetve a haemolyticus-uraemiás szindróma okozta, és ebből egy beteg már Svédországban hunyt el.

Azt kell tudni az esetről, hogy a kórokozó – ahogy ön is mondta – az escherichia coli, amelyik toxintermelő törzs, és a szerotípusa az O104-es szerotípus. Ez a szerotípus kimutathatóságát tekintve az OEK referencia-laboratóriumában kerül verifikációra, tehát minden olyan ügy, ami nálunk felmerül, az OEK-ben kerül kimutatásra. Folyamatosan kapcsolatban állunk az ECDC-vel és az Európai Unió Bizottsága által működtetett telefonos telekommunikációs rendszerrel. Tegnapelőtt és tegnap is volt ilyen kommunikáció, és ebből a legfrissebb adatokat is tudjuk.

A betegek közül, akik már 867-en vannak, legtöbben Németországban betegek természetesen, de más országokban, Dániában, Hollandiában, Svédországban, az Amerikai Egyesült Államokban, Franciaországban is vannak esetek, és egy új közlés, hogy már Spanyolországban is van egy beteg. Tekintettel arra, hogy a törzs az escherichia coli, és a terjesztés módja esetlegesen a fertőzött élelmiszer, ezért természetesen az élelmiszer-eredetet próbálják meg igazolni.

Ötszáz minta vizsgálata történt eddig meg Németországban, és egyelőre a kimutatás arra vonatkozott – és erre vannak eredmények –, hogy az *escherichia coli* törzs előfordul az uborka felületén, illetve az uborkában. Ebben az egy típusú zöldségben mutatták ki. A szerotípus megállapítása még nem történt meg, ahogy azt tegnap hallottuk, visszavonták az első téves híreket, úgyhogy magyarul csak azt tudjuk, hogy a coli.

Természetesen vannak már kontakt esetek is, ebből a szempontból figyelni kell arra, hogy a járvány természetesen egymás között, a személyi higiénés problémák miatt is terjed. Magyarországon eddig a laboratóriumba 17 minta érkezett, 11 minta negatív, és a többi azért nem negatív, mert még folyamatban van a vizsgálata.

Magyarországon nincsen haemolyticus-uraemiát okozó eset, hasmenéses esetek vannak, és minden olyan eset vizsgálatra kerül, ahol különböző tényezők együttállása áll fenn. Ezek a kautélák az anamnézisben előforduló AP-s utolsó hetétől kezdődően németországi beteggel vagy németországi személlyel való kapcsolat, vagy Németországban történő tartózkodás. Hasmenéses a beteg, a széklete lehet véres is, és lehet egy haemolyticus-uraemiás szindrómára utaló, már valamifajta orvosi megérzés vagy diagnózis folyamatban.

A diagnózisra a székletek az OEK-ben akkor kerülnek továbbvizsgálatra, ha már a normál laboratóriumi vizsgálat vagy negatív eredményű volt, de mindenképpen kimutatásra került valamilyen *escherichia coli* törzs, de annak a szerotipizálása természetesen az OEK-ben történik meg.

Tehát Magyarország egyelőre nem érintett, és én nagyon remélem, hogy nem is fog. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen tisztifőorvos asszony tájékoztatását. Úgy gondolom, hogy azért nagyon lényeges – és a bizottságnak ebben kiemelt felelőssége is van –, hogy a tájékoztatás így a leghitelesebb, mert úgy gondolom, hogy ez számos problémát felvet. Mi, itt az asztal körül ülők mindannyian országgyűlési képviselők is vagyunk egyben, és miután a kezdet kezdetén az uborka fogyasztásával – most az eredetét nem jelölném meg – hozták összefüggésbe ezt a fajta coli fertőzést, ennek megfelelően úgy gondolom, hogy nagyon fontos a közvéleményt úgy tájékoztatni, hogy igenis, Magyarországon ilyen veszély nincs, és nyugodtan lehet, főleg a magyar eredetű, bármilyen zöldséget, jelesül az uborkát is fogyasztani. Köszönöm szépen.

Ezt követően még egyszer megállapítom a határozatképességet. A napirend elfogadása következik. A napirendi pontokat remélem, mindenki megkapta. Két napirendet tárgyalunk, illetve alapjában véve egyet: az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslatot, mely a T/3357. számot viseli, és még az egyebek, bejelentések lennének. Kérem, hogy aki a napirendet elfogadja, kézfelemeléssel erősítse meg! (Szavazás.) Köszönöm szépen, egyhangú.

### **Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/3357. számú törvényjavaslat**

A napirend elfogadása után megkérem a napirendi pont előadóit, Páva Hanna helyettes államtitkár asszonyt és Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat, hogy a kiegészítésüket az írásos anyaghoz tegyék meg. Önöké a szó!

### **Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) szóbeli kiegészítései**

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Urak! A szokásos jogalkotási rend mentén jelenleg az általános vitára bocsáthatóság tárgyában azt gondoljuk, hogy megpróbáljuk röviden összefoglalni azokat az előzményeket, amelyek a jelen jogalkotási anyag részét képezik. Így a

médiából és az előzetes egyeztetési folyamatokból is ismert három irányból ágaztak össze azok a paragrafusok, amelyek most önök előtt fekszenek.

Tulajdonképpen ebből kettő lényegében egy folyamat, a kormány által elfogadott Széll Kálmán terv megvalósítását szolgálja, úgy a táppénzellátás, illetve a gyógyszerkassza, a gyógyszerfinanszírozás rendszerében. Illetve egy harmadik csomagot képezett, egy úgynevezett sajnos, megint egészségügyi salátának nem szívesen becézett, de a parlament alkotmányozás utáni nagy leterheltségével összefüggően összekomprimált joganyag, amelyik több törvény módosítását tette már korábban is indokolttá. Tehát ez az utóbbi csomag csak közvetett módon illeszkedik az első kettőhöz, hiszen más típusú problémák megoldását szolgálja, de most így ez a csomag három úton érkezett a kormány asztalára, vált elfogadottá és vált benyújtottá, és egy egységes, összedolgozott csomaggá.

A törvények sorrendjében, ahogy a számozás alapján szoktuk végezni, voltaképpen a táppénzellátással összefüggő, az 1997. évi LXXXIII. számú egészségbiztosítási törvény módosítása az izgalmas. Itt hadd emeljem ki, hogy gyakorlatilag megosztozunk helyettes államtitkár asszonnyal a témákon, mert külön-külön munkacsoportokat vezettünk, és mindegyikünk a saját témájában van otthon és azt szeretné prezentálni.

Itt az egészségbiztosítás kapcsán hozzátartozóan, vagy legalábbis olyan problémákat is kezeltünk, amelyek nem a Széll Kálmán tervben lévő táppénzügyhöz kötődnek, például egy érdekes probléma volt, korábban a helyi utazás kérdése kapcsán felmerült az, hogy adott esetben az utazási igazolványt rosszul is lehetett értelmezni, és az autóval történő helyi utazásnál elvileg ez fel is merült, igénybe lehetett volna venni. Ez a szöveg pontosítása után most már nem lehetséges, világos, hogy általában a helyi utazásról és nem a helyi közlekedési eszközökről beszél a jogszabály a továbbiakban. Illetve ami fontos, hogy számos felhatalmazó rendelkezést kellett elhelyezni a jogszabályban. Ezek némelyike az állampolgári jogok biztosának vizsgálatához kötődik, mint a gyógyászati segédeszközöknél az igen drága protézis, nagyon drága kötszerek, kerekesszékeknél, elektromos eszközöknél jelenleg a gyakorlat az, hogy az OEP felülvizsgáló főorvosa ellenjegyzi ennek felírhatóságát egy helyszíni vizsgálat, a beteggel, illetve a felírókkal történő egyeztetés szerint. Ez egy viszonylag korrekt és jól működő rendszer, csak a probléma az, hogy a felhatalmazás eddig alacsony szinten volt, és ezt kifogásolta a biztos úr, emiatt az OEP belső utasítás helyett most egy törvényi felhatalmazás, majd a megfelelő szabályozó rendeletben ennek átvezetése és pontosítása az eljárásrendnek, hogy kifogás ne érhesse a folyamatot, fog megtörténni, és ehhez kellett a felhatalmazó.

Ennél még nagyobb munkát jelent a tárcának majd az, ami egy tavalyi, gyakorlatilag kormányzati döntéssel függ össze, megváltozott a jogalkotás rendje, és a továbbiakban szankciókkal bíró jogforrás csak miniszteri rendelet és afölötti súlyú eszköz lehet a jogalkotó, illetve a jogalkalmazó kezében. Ez azt jelenti, hogy számos olyan anyag, ami az egészségügyben eddig tájékoztatóképpen futott, az OEP-honlapról lehetett letölteni, és ezek közül a legsúlyosabb a járóbeteg-ellátást és fogászati ellátást szabályozó úgynevezett szabálykönyv, illetve a HBCS, tehát a fekvőbeteg-ellátás kódolását, minősítését szolgáló besoroló tábla, ezt meg kell jelentetnünk rendeletben. Ez gyakorlatilag 1500 oldal körüli rendeletalkotást tesz szükségessé, úgy számoljuk, ez a folyamat már zajlik, de ehhez is kellett felhatalmazó, tehát ezt a törvényben el kellett helyezni ahhoz, hogy ez az egyébként már zajló folyamat majd a végén megalapozottan kerüljön célba.

Most átadnám a táppénzzel összefüggő kérdések kapcsán a szót helyettes államtitkár asszonynak.

**Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) szóbeli kiegészítései**

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen. Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! A táppénzzel összefüggésben itt három változásra szeretném felhívni a figyelmet. Az egyik egy aránylag egyszerű, ami arról szól, hogy a kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltató egy elektronikus módon, számítógépes program segítségével juttatja el a táppénz iránti kérelmeket. Azt gondoljuk, hogy ez egy hatékonyabb és gyorsabb ügyintézés lesz lehetővé, ez az adóbevallás mintájára kerül bevezetésre.

A másik, ami már lényegesen érdemibb rendelkezés, az az, hogy megszűnik az úgynevezett passzív táppénz. A passzív táppénz intézménye lényegében azt jelenti, hogy valakinek nincsen már egészségbiztosítási jogviszonya, ennek ellenére táppénzben részesül keresőképtelensége esetén. Ez évekkal ezelőtt valamikor, körülbelül tíz éve egy év hosszúságú volt. Ez az idők folyamán folyamatosan rövidült, és jelen pillanatban mindösszesen 30 nap.

Ezt a 30 napos passzív táppénzt törölné el ez a rendelkezés, aminek tulajdonképpen az az indoka, hogy védjük az Egészségbiztosítási Alapot. Lényegében ez a passzív táppénz egy szociális juttatásként funkcionált, és nagyon gyakori volt, hogy visszaéltek vele, hiszen akkor vették igénybe, amikor valakinek megszűnt a munkaviszonya, megszűnt a biztosítási jogviszonya, és akkor gyorsan elment még táppénzre, és egy hónapig még ezt az ellátást igénybe vette. Ez olyannyira így volt, hogy a munkaügyi központok biztatták az újonnan, frissen munkanélkülivé váltakat, hogy vegyék igénybe a passzív táppénzt.

Azt gondoljuk, hogy a kérdést kezelni kell. Nyilván kell valamilyen ellátást adni annak, akinek megszűnik az egészségbiztosítási jogviszonya, azonban ennek nem az a módja, hogy passzív táppénzt vesz igénybe. Tehát ez egyfajta profiltisztítás is, ahogy mondtam, az E. Alapnak a védelme.

A harmadik rendelkezés, ami a táppénzt érinti, ez az úgynevezett soron kívüli ellátás azok esetében, akik keresőképtelen állományban vannak és táppénzben részesülnek. Azt gondoljuk, hogy aki az államtól egy pénzbeli juttatást kap, az lehetőség szerint minél előbb kerüljön orvoshoz, minél előbb állapítsák meg, hogy mi a probléma és kezdjék meg a kezelést. Ezáltal lerövidül a táppénz, és nyilván ez is hosszú távon azt jelentheti, hogy az E. Alapban több lesz a megtakarítás, amit aztán valóban gyógykezelésre lehet fordítani. Tehát ez a magyarázata ennek a szabálynak.

Tehát nagyon röviden ennyi, ami a táppénzt érintő rendelkezés. Köszönöm szépen.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Sorrendben a következő törvény, amelyik viszont nem a táppénz, hanem az egészségügyi salátához kötődik, maga az 1997. évi CLIV. törvény, az egészségügyi törvényünk, ahol igazából számos kisebb és nagyobb módosítás történik. Az egyik legmarkánsabb ezek közül az hogy a szövegen gyakorlatilag folyamatosan át kellett vezetnünk a WHO által most már ajánlott és a korábban egészségmegőrzés helyett egészségvédelem és egészségfejlesztés kifejezéseket. Nem véletlen egyébként, hogy a régi, tehát a nemzeti egészségfejlesztési program is ezt a definíciót használta, érdekes módon aztán sehol máshol a szövegben. Az egy dolog, hogy igazából 1997 óta nem valósult meg, és ezt is majd itt szóba kell hogy hozzuk.

Egy másik nagyon fontos, ez már kevésbé formai és fogalmazási, hanem tartalmi kérdés, az, hogy mindannyian tudjuk, hogy 2007 környékén nem teljesen pontosan végiggondolt, vagy lehet, hogy nagyon pontosan végiggondolt elvek mentén történtek változások az ÁNTSZ szerkezetében, amikor leválasztásra került róla a munkaegészségügy és az étel-miszer-egészségügy. Itt például akár ezen uborkaügy kapcsán és a vörösiszap kapcsán időnként találkozunk ennek a tagságnak a problémáival a szakmai területen.

Ettől függetlenül a Vidékfejlesztési Minisztériummal az utóbbi időben egy jó kapcsolat kezd kialakulni, és ennek során számos helyen pontosítanunk kellett azt, hogy az élelmiszerbiztonság kérdésében mennyi az egészségügyi szerv, vagy most már népegészségügyi szakigazgatási szerv, illetve mennyi az úgynevezett lánc törvény, tehát az élelmiszerláncok felügyeletéről szóló 2008. évi törvény alapján definiált élelmiszerlánc-felügyeleti szerv feladata. Ezeket mindig le kellett írunk, bele kellett tennünk több helyen a szövegbe, ahogy ezt velük egyeztettük, és ahogy ők ezt kérték, és mi ezt el tudtuk fogadni.

Számos helyen kellett a népegészségügyi szakigazgatási szerv, illetve az Országos Tisztifőorvosi Hivatal kompetenciáját is pontosítani, így például a panaszkezelés kapcsán, egy európai uniós átvezetés kapcsán, tehát hogy az EBF-től átkerült a betegjogi kérdések egy részének a kezelése, és ez a panasz nem volt pontosítva, ez most egyértelműen az OTH-nál kezelendő funkciókhoz és a betegjogok jobb érvényesítéséhez járul hozzá.

Kisebb, de komoly problémát okozó kérdések voltak azok, hogy a rágcslók irtása mellett a madarak - amelyek sajnos, ma már szintén a fővárosban és máshol is járványügyi veszélyt is jelenthetnek - távoltartását is definiálnunk kellett itt, mint feladatot, illetve a különböző rovarélősködőknek az emberi hajban történő definiálása, mint a napi valóság következménye, és ezeknek az irtásának a kötelezése. Az egészségügyi szolgáltató nevesítése, illetve az ÁNTSZ nevesítése e tekintetben szükséges volt, mert eddig csak az volt, hogy a betegnek ezt tőnie kell, de hogy kitől kell tőnie, ez nem volt pontosítva. Ezeket a jogviták elkerülése érdekében kellett tisztítani.

Ahogy említettem az előbb, a népegészségügyi kérdések átgondolása kapcsán, és ez egy kicsit kötődik a most már ismertett és tegnap a kormányülésen is elfogadott Semmelweis-tervhez, azt kellett átgondolnunk, hogy általában a népegészségügyi stratégia és az egészségügyi stratégia a jövőben hogyan működjön. Nem tartottuk ételszerűnek, és a valóság is ezt igazolja vissza utólag, hiszen 1997 óta a nemzeti egészségfejlesztési programot nem alkotta meg semelyik kormány, legyen az politikailag ilyen vagy olyan állású, hanem mint tudjuk, 2001-től három ütemben népegészségügyi programot fogadott el, és különböző részprogramokat fogadott el a parlament: lelki egészség, drogstratégia és hasonló téren. A Semmelweis-terv is megfogalmazza azt, hogy a továbbiakban is népegészségügyi stratégiaalkotás a cél, bizonyos időszakonként ennek felülvizsgálata, ezért ez az egyszer s mindenkorra megírandó nemzeti egészségfejlesztési program, mint olyan, ételszerűtlensége és működésképtelensége folytán nem tartható fenn tovább a szövegben, vagy nem tartandó fenn, ez a tárca véleménye.

Ezzel összefüggésben, ehhez delegált a szöveg egy olyan szervet, hogy a kormány szerve, tehát nem a tárca szervét, hanem a kormány szervét, a Nemzeti Egészségügyi Tanácsot, amelyiknek nyilván ezt a funkciót kellett - és ezt végezte is nyilván a maga módján - kiszolgáltatnia.

Ez a szervezet egy picit hasonlít azokra a regionális egészségügyi tanácsokra, amelyek mint tudjuk, a helyi szinten okoztak számos problémát. Teljes joggal megpróbálták, nyilván az akkori időben azt a képviselői funkciót delegálni hozzájuk, hogy mindenfajta érdeket, tehát szolgáltatói, szakmai, kamarai és betegérdeket is próbáljon koncentrálni, és tudjuk, hogy vidéken is a regionális helyi tanácsokban milyen döntési nehézségek jártak ezzel. Hasonlóképpen gyakorlatilag az elmúlt egy évben a Nemzeti Egészségügyi Tanáccsal kapcsolatban igazából nem volt sikerélményünk, értem ez alatt, hogy nem ez képezte az egyeztetés fórumát számunkra, nem volt mód ilyen összevont, ugyanakkor nem tagolt egyeztetésekre. Ennek fényében a tárcavezetés úgy döntött, hogy ezt a szervet a továbbiakban nem akarja fenntartani, és ezért törölné az egészségügyi törvényből.

Ezt indokolja az, hogy közben számos olyan funkciója gyakorlatilag véleményünk szerint a helyére került, mint például az, hogy a szakmát most már a megtisztított és jócskán

megnövelt 180 fős, 60-szor három tagozatból álló szakmai kollégium kell hogy képviselje jogszabályilag egy pontosított formában.

A betegjogok kérdése pedig szintén a tegnapi napon elhangzott, ma pedig már az ismertetett formában a kormány határozatban kötelezte a tárcát arra, hogy létrehozza az Egészségügyi, Betegjogi és Dokumentációs Központot, amelyik a betegjogok képviselőinek legfelsőbb szerve kell hogy legyen.

Harmadik tényként pedig Szócska államtitkár úr április 28-án bejelentette a Nemzeti Betegfórum létrehozását, tehát azt a szervezetet, amelyik a beteg-érdekegyeztetés helyszíne kell hogy legyen.

Hadd említsem meg azt szubjektíve, hogy az elmúlt egy évben a betegjogi képviselőben számos problémát látok. De amikor a parlamenti egyeztetéseket tartottuk épp a gyógyszerészet kapcsán, sokszor meglepődve észleltem, hogy neves orvosprofesszor képvisel mondjuk egy-egy területet a gyógyszerellátás kapcsán, betegjogi szervezetként ő jelenik meg képviselőként, illetve különböző olyan személyek, alapítványi vezetők szerepelnek ott, akiknek a legitimitását nehéz volt így felderíteni, és nyilván ez nehezen értékelhető.

Nem egyszerű ez a betegjogi képviselő kérdés, nagyon fontos kérdés, de az, hogy ők hogyan delegáltak tíz főt a Nemzeti Egészségügyi Tanácsba eddig és milyen módon, ezek alapján egy picit problémásnak tűnik nekem személyesen is.

Végül egy trend az - ha szabad így fogalmazni - a kormány magatartásában, jelenleg kormányhatározat is kötelezi rá a tárcákat, hogy csökkentse a testületek számát, nyilván a költséghatékonyság és a működéshatékonyság érdekében, és lehetőleg alacsonyabb testületi szinten delegáljon funkciókat. Ez a harmadik folyamat volt az, amelyik ezt a lépést aláhúzta.

A törvény kapcsán még a nyilvántartás szabályozásában helyettes államtitkár asszonyhoz tartozó kérdések szerepelnek.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen. Akkor átveszem a szót. Tehát az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartására vonatkozó szabályokat szeretnénk módosítani három szempontból. Az egyik a névhasználat, az orvosnők névhasználat. Valamikor, 40-50 évvel ezelőtt volt egy miniszteri utasítás, ami úgy rendelkezett, hogy az orvosnők esetében a leánykori nevet kell használni, erre állították ki a diplomát, és ezt a nevet használták végig a pályájuk során.

Menet közben ez a jogszabály hatályon kívül helyezésre került már nagyon régen, nem volt helyette másik szabályozás, egész egyszerűen az általános szabályok, az anyakönyvi szabályok érvényesültek.

Ennek során a működési nyilvántartást vezető szerv nyilvánvalóan a hatályos jogszabályoknak akart eleget tenni, és ennek az lett az eredménye, hogy azok az orvosnők, akik 30-40 éve vannak a pályán, és használják a leánykori nevüket, azzal szembesültek most, az elmúlt években, hogy a működési nyilvántartás megújítása során az anyakönyvi, férjezett nevükre kapták meg a nyilvántartásba-vételről szóló okiratot. Ez azt jelentette, hogy a pecsétjüket módosítani kellett, a névhasználat megváltozott, a vény más névre került kiállításra, és így tovább. Nem beszélve arról, hogy azokkal a betegekkel, akikkel évtizedek alatt kialakítottak egy bizalmi kapcsolatot, esetleg nem tudták felvenni ezt követően a kapcsolatot, hiszen egy más néven keresték őket.

Ezt a helyzetet próbáljuk úgy rendezni, hogy az anyakönyvi név is szerepel a működési nyilvántartásban, illetve a születési név, és az érintett személy, az orvosnő dönti azt el, hogy ő melyik nevet akarja használni a szakmagyakorlása során. Viszont azt is szabályozná a törvény, hogy ezt milyen módon lehet használni. Tehát nyilvánvalóan, ha neki az anyakönyvi neve egy másik név, akkor a születési nevet csak a szakmagyakorlása során, a bélyegzőn, a vényen, a rendelési időben a névtáblán lehet feltüntetni, és csak akkor lehet

használni. Tehát úgy gondoljuk, hogy egy nagyon élő problémára találja meg a megoldást ez az új szabályozás.

A másik csoport, ami a működési nyilvántartást érintő módosításokat érinti, az arra vonatkozik, hogy a büntető törvénykönyv fogalomrendszerével szeretnénk összhangba hozni a szabályozást. Tehát ha úgy tetszik, ez egy jogtechnikai jellegű módosító csomag. Ugyanis a működési nyilvántartásba nem vehető fel az a személy, illetve a működési nyilvántartásból törölni kell azt a személyt, akit egy év végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, vagy akit eltiltott a bíróság a foglalkozásának a gyakorlásától. Ez a szabály lényegében nem változik, csak átfogalmazásra kerül, teljes mértékben összhangban a büntető törvény fogalomhasználatával.

Tehát tartalmilag nem változik, ugyanez a két eset az, amikor valakit a büntetéssel, bűncselekménnyel összefüggésben törölni kell, vagy nem lehet felvenni a nyilvántartásba.

Végezetül a harmadik módosító csomag még mindig a működési nyilvántartást érinti. Ez a rezidensekkel kapcsolatos nyilvántartások vezetése.

A rezidenseknek a támogatás folyósítását, az ezzel kapcsolatos adminisztratív teendőket az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal látja el. A legutóbbi módosítás során, amikor a rezidensek támogatására vonatkozó kormányrendeletet módosította a kormány, akkor szembesültünk azzal a ténnyel, hogy a működési nyilvántartásban, illetve az Egészségügyi Engedélyezési Hivatalnál vezetett nyilvántartásban nem lehetne azt vezetni, hogy ki a rezidens, hogy ő milyen támogatást kapott, hogy az egyetem, ahol a rezidentúrát csinálja, illetve az a munkáltató, akinek a támogatásokat utalni kell, hogy az mit csinál, kicsoda, mennyi pénzt kell utalni, és így tovább.

Tehát a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium is jelezte, hogy ezt mindenképpen rendezni kell, hiszen itt személyes adatok kezeléséről van szó, úgyhogy ennek a hiányosságnak próbálunk most megfelelni, hogy ezt a kérdést szabályozzuk, hogy a rezidensekkel kapcsolatos mindenféle adminisztratív kérdést hogyan lehet nyilvántartani és kezelni az ezzel összefüggő adatokat.

Azt hiszem, hogy az egészségügyi törvénnyel kapcsolatban nincs is más. Nem tudom, hogy helyettes államtitkár úr akar-e még valamit hozzátenni.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Nem. Akkor a következő jogszabály szám szerint a 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzéséről, amelyik szintén munkaügyi, személyzeti kérdéseket tartalmaz. Ez váltotta ki a médiában eddig is a másik nagyobb izgalmat. Erről is helyettes államtitkár asszony fog szólni.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen. Többet megkerestek minket, és itt elsősorban a Magyar Orvosok Szakszervezetét szeretném kiemelni, akik kifogásolták, hogy az ügyeleti idő kiadásával, a díjazással kapcsolatban milyen anomáliák merülnek fel a gyakorlatban, és hogy milyen jogértelmezési nehézségeket jelent a munka törvénykönyvének és az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi törvény alkalmazása.

Ez a módosítás egy kísérletet tesz arra, hogy egyértelmű legyen a jogszabályok alkalmazása. Tehát inkább jogértelmezési jellegű módosításokat teszünk be a tervezetbe, amelyek arra irányulnak alapvetően, hogy a munkavállalót ne érje hátrány annak eredményeként, hogy ügyeletet vállal.

Ez egyrészt jelenti azt, hogy ha valakit a rendes munkaideje terhére rendelnek ki ügyelni, akkor ne legyen a bére kevesebb, mint egyébként, ha a rendes munkaidőt végezné. Tehát úgy szól a módosítás, hogy a rendes munkaidőkeret terhéig vagy annak a mértékéig ki

kell egészíteni az ügyleti díját, tehát magyarul: nem lehet kevesebb a munkabére, ha esetleg a rendes munkaidő terhére ügyletet vállal.

A másik ilyen nagyon fontos, szintén a munkavállalók érdekét szolgáló módosítás az, hogy a munkáltató lehetőség szerint úgy ossza be a munkavállaló munkaidejét, hogy teljes mértékben a heti rendes munkaidőkeret kimerítésre kerüljön. Amennyiben ezt nem tudja valamilyen okból megtenni, magyarul: kevesebb a de facto munkaidő, mint amennyi a jogszabály szerinti rendes munkaidőkeret, akkor emiatt a munkavállalót nem érheti hátrány, tehát ki kell egészíteni a munkabérét a rendes munkaidőkeret terhére, annak mértékéig. Tehát amennyi óra hiányzik, azt az órát neki meg kell adni, és kvázi úgy kell tekinteni, mintha végzett volna munkát, holott tényleges munkavégzésről itt nincs szó.

Végezetül még egy módosítás, ami pedig a pihenőidő kiadására vonatkozó szabály, abban az esetben, hogy ha valaki rendes munkát végez, munkarend szerinti munkát, majd ezt követően ügyletet lát el. Ez mindig is így volt, hogy ezt követően ki kellett neki adni a pihenőidőt, de ez a pihenőidő értelemszerűen csak az ügyleti idő letöltését követően került kiadásra, és csak egyszer. Tehát magyarul: a rendes munkaidő és az ügylet közötti időszakra neki nem járt pihenőidő. Ezt a szabályt most rögzítjük, ez is egy igény volt, hogy egyértelműsítsük, hogy hogyan lehet kiadni ilyen esetben a pihenőidőt.

Tehát ez a három módosítás az, amit a tervezetben megfogalmaztunk. Minden jobbító szándékú módosítást szívesen látunk, mert ez egy rendkívül komplex és nagyon bonyolult terület, úgyhogy bármiféle további jó ötletet köszönettel veszünk. Köszönöm szépen.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): A következő jogszabály szám szerint a 2005. évi XCV. számú, az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek szabályozásáról szóló törvény, a Gytv., ahol igazából egy módosítás szerepel, egy európai uniós elv átvezetéséről van szó. Egy rövid kitérőt hadd tegyek itt.

A magyar gyógynövényipar és ellátás kérdését feszegetik ennek kapcsán sokan, még szakmai oldalról is, sőt akár tárcaoldalról is. Voltak megbeszéléseink ez ügyben társtárcákkal. Világosan pontosítani kell, hogy Magyarországon sajnos, nagyon visszaesett a gyógynövénygyűjtés. Tehát az elmúlt években a különböző természetvédelmi területeken egyéb okok miatt, a magántulajdon elharapódzása miatt a gyűjtési lehetőségek beszűkültek, ezért jócskán visszaesett Magyarországon a gyógynövénybegyűjtés és importra szorulunk. A szomorú az, hogy viszont amit gyűjtünk, azt exportáljuk. Tehát amikor a magyar gyógyszertárak, illetve gyógyszerforgalmazásra jogosult egyéb szervezetek polcra kerülnek ilyen termékek, sajnos, nincs bennük az a hozzáadott érték, amit Magyarországon is bele lehetne tenni, hanem külföldön teszik bele. Tehát Magyarország tulajdonképpen gyarmati sorban gyapotot, alapanyagot gyárt, és nem tudja ennek a hasznát élvezni, ami nyilván teljesen független ettől a jogszabálytól, aminek kapcsán mi azt a vádat megkapjuk, hogy mi akadályozzuk meg tulajdonképpen a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények szabályozása kapcsán ezt a jövőben is fontos magyar iparági tevékenységet. De ennek számos egyéb összetevője van. Mindenesetre mi is próbáltunk reagálni az észrevételekre, és az idén, január 1-jével hatályba lépett módosítás, amelyik azt az európai uniós irányelvet kellett hogy átvezesse, miszerint az Európai Unió nem ismeri ezt a fajta kategóriát igazából, hogy gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyag és készítmény, hiszen az Európai Unió törekszik arra, hogy a gyógyszerbiztonságot fokozza, és a gyógyszerre, a gyógyszerbiztonságra jellemző kategóriákat alkalmazza és alkalmaztassa a tagországokkal.

Ennek dacára ez a kategória nem szűnt meg, és a korábbi szöveg elég általánosan fogalmazott, ott a törvényi elemekről volt szó, az új szabályban pedig úgy fogalmazunk, hogy valamennyi sajátosságot figyelembe véve, növényi gyógyszerek, tehát hagyományos növényi gyógyszerek. Tehát ez egy picit szintén lehetőséget teremt arra a hazai gyártóknak, annak a

kevésnek, hogy könnyebben maradjon bent a hazai piacon, illetve van egy későbbi rendelkezés majd a Gyftv.-ben, amelyik viszont a szabadpolcos forgalmazást még ki is nyitja a teákra nézve. Ezt az magyarázza, hogy a teákban lévő gyógyanyag nem olyan komplex mennyiségű, mint egy pasztillában, tablettában lévő, tehát nem lehet túladagolást okozni vele igazából, némi túlzással, lehet, hogy ezzel a szakértő gyógyszer-tároló kolléga, képviselő úr vitatkozik, de a mi elvünk ez volt. Tehát erre nyitottuk ki, ezzel is próbáltuk megadni ezt a lehetőséget, ugyanakkor arra is próbáltunk vigyázni, hogy ne szabaduljon el itt a gát, hiszen akkor abban a pillanatban számos olyan bizonytalan készítmény szabadpolci árusítása is szóba jönne, aminek viszont a gyógyszer-politikai, egészségpolitikai vonatkozásai már szerteágazóak.

Tehát egy ilyen nyitási szándék volt ezen a területen is. Egyébként jelenleg is folyik tárgyalás, a Vidékfejlesztési Minisztériummal közösen dolgozunk ezen és további előrelépést szeretnénk elérni, mert tényleg fontos tevékenység.

A következő jogszabály az én számaim szerint a 2006. évi XCVII. törvény, az egészségügyi szakmai kamarákról szóló törvény. Itt ismét helyettes államtitkár asszony szólna.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen. Nagyon röviden. Itt egy összhangot kell megteremteni a közigazgatási eljárás szabályairól szóló törvénnyel, ugyanis a Ket. egyértelműen kimondja a 12. §-ban, hogy közigazgatási hatósági ügy a tevékenység gyakorlásához szükséges nyilvántartásba-vétel és a nyilvántartásból való törlés, a törvény valamely tevékenység végzését vagy foglalkozás gyakorlását köztisztviselési tagsághoz köti.

A kamarai törvénnyel kötelező lett a kamarai tagság, tehát egészségügyi tevékenységet csak úgy lehet végezni, ha valaki kamarai tag. Tehát innentől kezdve a nyilvántartásba-vétel és a nyilvántartásból való törlés közigazgatási hatósági ügy.

Ugyanennek a paragrafusnak a (4) bekezdése úgy rendelkezik, hogy meg kell határozni azokat az ügyeket, amelyekben a Ket. szabályait kell alkalmazni. Úgyhogy ennek a szabálynak teszünk eleget azzal, amikor a kamarákról szóló törvényt kiegészítjük egy paragrafussal, ami kimondja, hogy a kamara közigazgatási hatóságként jár el a felvétel, a kamarai tagság megszüntetése és a tagság szüneteltetése esetében.

Ezzel összefüggésben egy nagyon fontos szabály, kimondjuk azt is, hogy ha a Ket.-et kell alkalmazni, akkor a főszabály szerint illetéket is kell fizetni. Ezt viszont szeretnénk elkerülni. Ezért kimondanánk azt, hogy illetékmentes egyrészt az a felvétel, ami a mostani átmeneti időben valósul meg, tehát a kamarába történő kötelező belépés kapcsán, aki ebben az évben április 1-je és június 30-a között belép a kamarába, mert az önkéntes kamarai tagság ideje alatt nem volt kamarai tag, akkor neki nem kell a tagfelvétel miatt, a kamarába történő belépésnél illetéket fizetni. Tehát ez egy átmeneti szabály lenne, és egy főszabályként kimondanánk, és ezzel módosítanánk az illetéktörvényt, hogy tárgyi illetékmentes az első tagfelvétel. Tehát itt például a rezidenseknek és a pályakezdőknek szeretnénk kedvezni azzal, hogy ha valaki befejezte az egyetemet, bekerül a kamarába, akkor ne kelljen az első tagfelvételnél illetéket fizetnie.

Az egy más dolog, hogy ha mondjuk olyat követ el, ami miatt ki kell zárni a kamarából, majd azt követően később visszalép, akkor már fizetnie kell, de főszabályként illetékmentes ez a tagfelvételi eljárás. Köszönöm szépen.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Akkor végül utoljára az összes többi anyag már tulajdonképpen a Széll Kálmán terv gyógyszer-politikai rendszeréhez kötődik, és ez gyakorlatilag elsősorban a 2006. évi XCVIII. törvény, a Gyftv. módosítása, illetve az 1993. évi III. törvény, a szociális kérdéseket

szabályozó törvény egy kis módosítását tartalmazza. Ezen belül két jelentős irányt emelnék ki a jogalkotási szándékból. Az egyik: a transzparencia fokozását a gyógyszerpromóció, orvoslátogatás területén, amit az ismert okok és a társadalmi elvárás is indokoltta tesz. Az egyik első lépése a tárcának ezen a területen a szakmai kollégiumi rendszer újraszabályozása kapcsán az a kevesek által észrevett elem, miszerint jelenleg a szakmai kollégiumi tagozat- és tanácsstagoknak nyilatkozniuk kell arról, hogy milyen forgalmazói, illetve szerzői kapcsolatokkal rendelkeznek, azzal, hogy nyilván a megfelelő szavazásoknál ezt figyelembe kell venni, és adott esetben ez szavazatijog-korlátozást jelent majd, ami azt reméljük, hogy jelzésértékűen, sőt nemcsak úgy is, az ilyen területen előrelépést jelenthet.

A transzparencia növelésének másik iránya, a Gyftv. módosítása kapcsán is számos paragrafus erre vonatkozik, az orvoslátogatói tevékenység pontosítása. A gyakorlatból következtek ezek a problémák, amelyeket főleg az OGYI korábban, most már a GYEMSZI alá rendelt egészségügyi államigazgatási szerv, amelyik a gyógyszer-forgalmazás területén működik, hozott számunkra, miszerint időnként nagyon nehéz volt megtalálni az orvoslátogatót a későbbiekben, de most már cím, fénykép, a diploma másolata is szükséges a nyilvántartásba-vételhez.

A nyilvántartásba-vételkor közölni kell azt, hogy mennyi ideig kívánja végezni ezt a tevékenységet. Igen gyakori volt az, hogy csak naptári napokra jelentették be a látogatót az érdekeltek, hiszen a jogszabály szerint csak azokra kellett az orvoslátogatói díjat megfizetni utánuk, úgyhogy ilyen tört időszakok keletkeztek ezzel, aztán újra bejelentették. Tehát számos, nyilván mindig a jog kapuit kerülő és értelemszerűen azt az érdek mentén felhasználni próbáló igényt kellett itt helyre tenni. Tehát nyilatkozni kell innentől kezdve arról, hogy tört időben vagy határozatlan időre kíván orvoslátogatói tevékenységet végezni. Az igazolványt pontosítja a rendelet, hogy hogyan kell visszaadni, hogyan érvényes a nyilvántartás.

A nyilvántartás nyilvános, tehát gyakorlatilag - és ez egy komoly eleme a rendszernek - az, aki orvoslátogatás tárgya, tehát gyógyszerész vagy orvos, köteles meggyőződni a látogatás előtt arról, hogy aki őt megkereste, az szerepel-e ebben a nyilvántartásban, és jogszerűen szerepel-e benne, mert ha nem, ő is szabálysértést követ el. Ezt szabályozza a rendszer.

Nagyon komolyan próbálja a jogalkotási szándék a rendezvény-promóciót is szabályozni, tehát lehetőleg odakötni a szakmai rendezvényt, ahol az ahhoz szükséges erőforrások rendelkezésre állnak. De általában Thaiföldön viszonylag kevésbé ismert, nem ott vannak a gyógyszerkutatók nagyjai, és mondjuk, ez nyilván rögtön felveti azt a kérdést, hogy miért kell egy ilyen rendezvényt oda elvinni, ahol nem ott van a kutatóközpont és nem ott van az a szellemi potenciál, amelyiknek ezen a kongresszuson sugározni kellene. Tehát ezt a jogszabály próbálja kezelni, amennyire lehet.

Hasonlóképpen a rendezvényhez kötődő egyéb, nagyon gyakori plusz szolgáltatásokat is csak a rendezvény idejére teszi lehetővé. Be kell jelenteni a rendezvényt 30 nappal előre a gyógyszerészeti szakigazgatási szervnél, aki ezt nyilvántartja, véleményezi, követi, tehát számos ilyen módon próbálunk olyan lépések elébe menni, amelyek az elmúlt időszakban a társadalom és a szakma neheztelését is kiváltották.

A pénzbírság ezek megsértése kapcsán jelentősen megemelkedik. Magának az ismertetést végzőnek az esetében akár a korábbi huszonötszörösére, azaz 500 millió forintos felső határig is felmehet a büntetési tétel a jelen elképzelés szerint, illetve ismételt elkövetés esetén fél-három évig való eltiltás ettől a tevékenységtől, a szolgáltatónak a működési engedélyének a felfüggesztése, ha ő vesz részt ebben, illetve adott esetben a rendelésre jogosultnál - ez viszont valamelyest kedvezőbb - nem egy évig, hanem egy hónapig tartó jogosultság-megszüntetés vagy felfüggesztés, tehát a rendelési jogosultság felfüggesztése.

Az eszközök másik nagy része viszont már nem a promóció és a transzparencia kérdéséhez, hanem a Széll Kálmán tervben foglalt, így a konvergenciaprogram részét képező gyógyszer-politikai, támogatáspolitikai lépések végrehajtásához szükséges. Nyilvánvalóan a 2011. évi lépésekről beszélek itt, amelyeknek persze van, sőt kell is kisugárzó hatása a ciklus további időszakára nézve is. Mint tudjuk, a joganyag, ami itt elkészült, két részre vált jogtechnikai szempontból. Egyrészt egy törvénymódosítási csomag, ami most itt van az asztalon, másrészt pedig egy kormányhatározat. Utóbbi tartalmazza a 2012-2013. évi további intézkedéseket, a döntés szerint ez majd a törvény elfogadásakor kerül a Közlönyben szintén kihirdetésre, hiszen 2012. január 1-jétől, és így tovább életbe lépő rendelkezéseket tartalmaz.

A jelen lépéskörben három olyan van, amelyik bevételt növelő és nyolc olyan van, amely kiadást érintő, csökkentő rendelkezés. Ezek közül négyhez volt szükség a Gyftv. módosítására. A 12 százalékos gyártói befizetés emelése 20 százalékra, ez módosítást igényelt a szövegben, az orvoslátogatói díj emelése a kétszeresére, száz százalékkal, szintén Gyftv. módosítást igényelt. A támogatásvolumen-szerződések újrakötéséhez nem volt szükség jogalkotásra, hiszen az egy folyamatban lévő, gyakorlatilag ezeknek a szerződéseknek a 70 százaléka lejár, ez OEP-kompetencia, és ennek kapcsán új pozíciók elérése.

Ami nyilván a legmarkánsabb része ennek a rendszernek, az új generikus program, aminek a lényege itt a szövegben is definiáltan a preferált referenciaársávba tartozó új gyógyszerkategória létrehozása, amelyik azt jelenti, hogy a kiürült generikus versenyt próbálja meg újraéleszteni, hiszen mint tudjuk, a nagyon magas delista korlát mellett az idetartozó készítmények jelentős része az állam szempontjából, a támogatáspolitikai szempontjából kedvezőtlen kategóriában maradt. Ez több minden alátámasztotta. Hiába szerepelt elvileg jogszabályban a generikus felajánlási csere, a lakosság felkészültsége és hozzáállása sem homogén még nyilván a generikus gyógyszerek alkalmazásához, és tulajdonképpen úgy az orvos-, mint a gyógyszerész-öztönzés árrés és egyebek kapcsán nem volt ideális e tekintetben.

Mi próbáltunk tavaly év végén egy gyógyszerészi ösztönzőt beépíteni a rendszerbe, mondjuk elvileg ott van, de a gyógyszerkassza betartásához kötve, a hatását nagyon korlátozottan, gyakorlatilag nem tudja kifejteni jelenleg. Ugyanakkor viszont minden más egyéb érdekeltég, akár legális adatok, akár illegális korrupció révén a rendszer szerepét abba az irányba tolja, hogy ne a generikus programban kedvező, hanem az azt esetleg megkerülő készítmények kiszolgáltatását preferálja, amelyik összességében nem kedvező, a magyar generikus árszint magasabb, mint elvárható lenne más országokhoz képest.

Tehát ez a képlet volt, amelynek kapcsán ez a döntés született, hogy a preferált referenciaársávba tartozó gyógyszerek és egy ilyen 5 százalékos sávon belül az ilyen gyógyszerek támogatása az emelt és a kiemelt körben írhatóság-korlátozással, illetve a közgyógyellátás körében szintén írhatóság-korlátozással próbálja ezt a versenyt tartalmilag erősíteni, gyakorlatilag egy ilyen kvázi licit révén. Ugyanakkor a gyártó számára is, aki beszáll ebbe a versenybe és jelentősen árat csökkent, érdekeltté tenni őt abban, hogy biztosan számíthasson arra, hogy fél, de akár egy évig is tartósan a piacon tud maradni, és ezzel az árcsökkentés valójában forgalomnövekedés formájában a számára összességében hozza azt a pozitívumot, amit ugyanakkor mi is várunk ettől a képlettől.

A lejáró szabadalmak kérdése nem jogalkotási feladat, az egy tény, hogy több ilyen várható most az originális szerek szaporodásával a közeljövőben, és ebből megtakarítási igény is. Az első generikum térnyerésének elősegítése, ez igazából miniszterirendelet-alkotáshoz kötődik, három hónapot szeretnénk itt nyerni azzal, hogy korábban hozzuk már két generikum piacra érkezésekor ezt a lépést, és így három hónapos finanszírozási könnyítést az állam számára.

A terápiás felülvizsgálati rend gyakorlatilag zajlik, ennek a hatásait a médiában is és a valóságban is észleljük, hiszen ha jól tudom, ebben az évben már negyedszer történt

árcsökkenés, részben ennek kapcsán. A terápia eredményességén alapuló támogatást nyilván ebben az évben még nem kiterjedt módon, de a volumenszerződéseknél már be lehet vezetni, ebből is bizonyos megtakarítás remélhető.

A nemzetközi referenciaárazás eddig is létezett jogszabályi közegben, de módosul, szigorodik, öt helyett három európai ország lesz a referencia, és 20 százalékos árkülönbségnél már belépne ez a rendszer a korábbi 40 százalék helyett. Tehát egy szigorúbb rendszer lépne életbe az eddig nem is működő helyett, ebből is megtakarítási remény van az év második felében.

A kombinációk fixesítése, ez szintén már egy ismert folyamat, néhány hónappal ezelőtt a médiát is megjárta, és végül a koleszterinszint-csökkentők támogatásának felülvizsgálata nem törvényalkotási feladat.

Tehát ezen nyolc plusz három lépéshez kötődő jogalkotási feladatok képezik a csomag második részét. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen az írásos anyaghoz a szóbeli kiegészítéseket. Képviselői kérdések feltételére kerül sor egy körben. A kérdéseket mindenki koncentráltan fogalmazza meg, legyen szíves. A második kör csak akkor jön szóba, ha valaki az első körben elhangzott kérdésre nem kap választ.

A kérdések következnek. Iván professzor úr!

### **Kérdések, hozzászólások, észrevételek**

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm szépen. Rendkívül fontos ez a mostani ismertetés mindannyiunk számára. Van néhány kérdésem. Az egyik, hogy hogyan értelmezzük - bár szóba került már az elején Páva helyettes államtitkár asszony részéről – azt a mondatot, hogy a helyi közlekedési eszköz igénybevételéhez nem jár támogatás. Most hallottunk egy olyat, hogy nem a helyi közlekedési eszköz, hanem a járművek, amivel mennek, de egyébként is, ha ez az új térségi rendben történő egészségügyi ellátás lesz, akkor a betegutakon belül ez a bizonyos paragrafus hogyan értelmezhető?

A második kérdésem, hogy vizsgáljuk-e és van-e erre valamiféle állásfoglalás és szabályozás, hogy a gyógynövényeknek nevezett gyűjtött növényeinkben idegen, toxikus anyagok vannak-e, milyen mennyiségben, hiszen szerte a világban számos problémának a hátterében láttuk azt, hogy nehézfémek, az alumíniumtól kezdve minden volt, de ezekre van-e jelenleg valamilyen szabályozás vagy elképzelés?

A harmadik kérdésem: ki illetékes egészségnevelésre? Ez egy óriási lehetőség, de óriási laicitással is társulhat. Van-e a média részére szakmai kompetencia előírás? Tehát hogy a médiumokban kik azok, akik nyilatkozhatnak, szakmai szempontokat, szakmai javaslatokat, szakmai álláspontokat képviselnek?

Van-e szankcionálás jelenleg a terápiás protokolloktól való eltérés esetében, és nem utolsósorban a gyógyhatású biológiai anyagok kérdésében? Tehát nemcsak a természetesnek tartott anyagok, jól ismert anyagok, hanem a biológiai anyagok, tehát a legkülönbözőbb állati, stb. eredetű anyagoknak az ügyében?

Megmarad-e a FoNo készítmények lehetősége, másrészt a FoNo készítmények ellenőrzése hogyan történik, van-e erre valamilyen elképzelés? Tudom, hogy ez egy kellemetlen kérdés mindannyiunk számára, de felvetem, hiszen rossz tapasztalatok voltak, a co-payment kérdése. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdés? Gyenes Géza alelnök úr!

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Gyorsan törvényenként futok én is végig a kérdésekkel. A kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló

törvénymódosítással kapcsolatosan, bármilyen megrázó, azt kell mondanom, hogy nincs különösebb kérdésem. Egyetlenegy van, nyilván ezt a passzív táppénz megszüntetése és a tb-kassza védelme közötti összefüggést megérti az ember, de remélhetőleg az a valaki, aki munkanélkülivé lesz, és eddig meg tudta valahogy oldani, hogy ne haljon éhen, hogy elment táppénzre, akkor a munkanélkülieket ellátó hatóság átveszi-e? Tehát lesz-e valami folytonosság, vagy addig, amíg nem kap munkát, vagy amíg ezt nem ítélik oda, addig mi fog vele történni? Valójában igaza volt, ez egy ilyen szociális védelmet jelentett, és nagyon sok esetben ez az illetőnek az utolsó szalmaszál volt, amibe kapaszkodott. Tehát nemcsak rosszindulatúan akartak ezzel visszaélni. Tehát reméljük, hogy itt a folytonosság meglesz, más szolgáltatást fog kapni, nem táppénzt, de azért éhen nem kell halnia.

A továbbiakban ezzel a résszel kapcsolatosan semmiféle problémám nincsen.

Az egészségügyről szóló törvénnyel kapcsolatosan pedig a nyilvántartási részhez érve, lenne egy pár kérdésem. Nevezetesen azt most tudjuk jól, hogy a működési nyilvántartásba-vételnek feltétele lett a kötelező tagság. Egy elég jelentős probléma merül fel. Az a külföldön dolgozó orvos, akinek a kamarai tagsága továbbra is opcionális, tehát vagy választja vagy nem választja, de ha ő nem választja a kamarai tagságot, a kérdésem: ha a külföldi egészségügyi partner a hivataltól, az EEKH-tól adatot fog kérni, fog-e szolgáltatni, vagy azt mondja, hogy nem része a működési nyilvántartásnak, hiszen nem kamarai tag, és akkor ezeknek a kollégáknak az adatszolgáltatását vagy bárminek az igazolását hogyan fogja tudni elvégezni a hivatal? Vagy ebből indirekt módon az következik, hogy kedves kolléga, noha külföldön vagy és ott dolgozol, egyáltalán nem kötelező a tagság, de praktikusán legyél tag - ez 50 százalékos díjkedvezményt jelent, ha valaki külföldről tag a Magyar Orvosi Kamarában -, mert különben nem lesz adatszolgáltatás az EEKH-tól, hiszen a működési nyilvántartásba-vétel feltétele a kamarai tagság.

A másik pedig: van egy mondás, hogy varjú a varjúnak nem vájja ki a szemét. Remélem, hogy a hatóság a mási hatóságnak sem. (Zaj, közbeszólások. – Dr. Horváth Zsolt: Holló.) Ugyanis az államtitkár asszony elmondta, hogy a kamara is, amikor felveszi a tagját, hatóságként viselkedik. Miért kérdezem ezt?

A jogszabály bizonyos paragrafusa leírja, hogy az EEKH-nak, tehát a működési nyilvántartást vezető hatóságnak bizonyos hatóságok felé adatszolgáltatási kötelezettsége van évente. Azt szeretném megkérdezni, hogy a Magyar Orvosi Kamara, aki a kamarai törvény szerint jelen pillanatban a működési nyilvántartásba tartozó adatokat is kezelheti, ha esetleg ebben történik változás, akkor nem kaphatná-e meg ugyanerről az adatváltozásról ő is az adatokat az EEKH-tól? Hiszen ezeket ő is kezelheti, mert van egy olyan szabály, hogy ha az egyik hatóság birtokában van adat, akkor én egy másik hatóságként nem kérhetem azt az adatot a delikvenstől. Tehát ezt a pici kis ellentmondást szerintem egyszerűen át lehetne hidalni, hogy ha kiegészítenénk úgy, hogy a Magyar Orvosi Kamara is kap, és persze az adatszolgáltatás kölcsönös lenne, mint ahogy eddig is azért jobb időkből így működött. Tehát javasolnám, hogy ezen lehetne gondolkodni.

Ha esetleg a tárcá, majd a válaszból kiderül, nem zárkózik el, akkor akár módosítót is beadhatunk ez irányba, ha ez elfogadható. Ilyen apróbb kis differenciákat még láttunk itt, de ez nem érdekes.

Elérkeztem a leglényegesebb törvényi részhez, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló módosításhoz. Most hadd bújjak ki az ellenzéki képviselő és az alelnök szerepéből, és hadd szóljak úgy, mint egyszerű orvos és kamarai tisztségviselő – vagy most éppen alkalmazott –, és megköszönjem a tárcának, hogy az érdekvédelmi oldalról tett lépéseink és a tárca fokozatos zsibbasztásának meglett az eredménye, tehát ezt mi érdekvédelmi sikernek látjuk és nem politikainak. Félreértés ne essék, nem is akarok ezzel visszaélni, de nagyon köszönjük, mert ezek a módosítások olyan jelentős kérdésben javítják az amúgy is nagyon rossz munkakörülmények között - most az anyagiakról nem is beszélve -

dolgozó orvosok és egészségügyi dolgozók helyzetét, főleg, akik ügyeleti rendben dolgoznak, hogy ezek az apró kis félreértések, miszerint a munkáltató az ügyeletet követő napi pihenőidőt, amit viszont törvény ír elő, semmi más, a munkaidőből levonta, tehát munkaidő-adósságként számolták, vagy bért vontak el, vagy ledolgoztatták. Ilyen abszurd dolgok voltak, hogy valaki ügyelettel együtt – az is a munkaidő része az uniós direktíva szerint – heti 72 órát dolgozott, és akkor azt mondták, hogy te tartozol még 8 órával, azaz nyolcvanhat kell dolgozni. Ezek nagyon érdekes dolgok voltak, annál is inkább, és egyetértek államtitkár asszonnyal, ezek inkább ilyen jogszabály-magyarázó módosítások, mert a munka törvénykönyvének bizonyos paragrafusában szerepelt korábban is erre való utalás, hogy ha azért nem tudja a munkáltató beosztani a munkavállalót az összes munkanapra, persze, ennek nem szubjektív akadálya van, hogy a szegény munkáltató ütdött lenne és nem tudja beosztani, hanem jogi akadályai vannak, hiszen a munkaidő-direktíva, pontosan a napi pihenőidő miatt nem oszthatja be, ezt törvény írja elő.

Továbbá vannak még jogi akadályok, a napi munkaidőkorlát, hogy egy napon maximum a munkáltató 12 órát rendelkezik a munkavállaló felett, és a heti munkaidőkorlát. Tehát ezek mind olyan jogszabályi korlátok, hogy amikor egy munkáltató megcsinálja a havi beosztást, sosem az vezérelte, hogy minden egyes órát kitöltsön, hanem ha szükség szerint beosztotta az illetőt ügyelni, tudomásul vette, hogy az ügyelet után pihenőidő jár, legfeljebb levonta, de ez most úgy látom, rendeződik eléggé egyértelműen. Szeretnénk még egyértelműsíteni, illetve még inkább konkréttá tenni, mert ahogy jelezte államtitkár asszony, nem veszik sértőnek, ha pontosító módosításokkal még belépünk.

Egyetlenegy dologra szeretném felhívni a figyelmét, és részben ez is kérdés, hogy van még egy téma, ami borzasztó kényes. Nevezetesen, hogy az ügyeletben töltött időből, a korábbi jogszabály-módosítás, az ezt megelőző módosítás ezt már betette, hogy az ügyeleti beosztásban előre kell megmondani a munkáltatónak, hogy melyik órát minősíti önkéntesnek. Na, ezeknek az óráknak a minősítése még mindig eléggé göcsörtösen halad, és nemcsak az a probléma, hogy kevesebb tényleges önkéntes órát ismer el a munkáltató, és így kevesebb díjat fizet, ennek sem örül senki, főleg a mai világban, de a legnagyobb szégyen és gyalázat – és akkor itt megint azt mondom, hogy a hangulatjavításnak azért ilyen eszközei is vannak – az, hogy az önkéntes munka, ami eltűnik valahol kézen-közön, abból nem lesz szolgálati idő. Ugyanis, aki nem tudná, 2004. május 1-jétől az ügyeletben önkéntesen eltöltött idő, ezért fontos, hogy mi minősül annak és hogyan kell minősíteni, az szolgálati időt képez.

Tehát azt szeretném javasolni, illetve kérni a tárcától, hogy természetesen nem átlépve a módosítás határait, mert nyilván új paragrafust, illetve új pontot nem lehet megnyitni, hogy a megnyitottnál ebben a kérdésben egy picit próbálnánk helyre tenni a dolgot, és akkor azt hiszem, hogy abszolút világos és korrekt szabályozása lenne ennek az egész kérdésnek. Ugyanis véleményem szerint nem a szabályozást nem lehetett betartani, hanem az értelmezési eltéréseket, amiket megengedett a törvény, mert bizony, eléggé kétértelműen sikerült a megfogalmazás, de mindenesetre nem jól értelmezték annó dacumál, ezért tényleg nagyon hálásak vagyunk azért, hogy a tárca ezt a változtatást úgymond elkezdte, elindította, és ez valóban a hangulatjavításhoz nagyon fontos eszköz.

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló törvény módosításával kapcsolatosan természetesen köszönjük szépen, hiszen a kamarai törvény ezekről a kérdésekről nem rendelkezett, és komoly bajaik voltak a kamaráknak, nemcsak az Orvosi Kamarának, hanem az összes többinek, hogy amikor elindult a tagfelvétel, akkor egy csomó kérdés, mint például ez is, nyitott volt, és ebből fakadtak mindenféle hitek és tévhitek. Államtitkár úr is a sajtóban, bár ő nem jogforrás, csak úgy, hogy a sajtóban nyilatkozik, de nyilatkozott, hogy micsoda dolog, ez illetékmentes. Ezzel teljesen egyetértek, ez a jogszabály is azt mondja, hogy a hatósági eljárásért járó illetéktől vagy hatósági díjtól mentes most ez az akció felvétel, illetve mentes az első felvétel, illetve nem lesz majd mentes a második

felvétel, ha valaki másodszor lép be, és nem az akció keretében, hanem később. Eddig teljesen világos.

De megmondom őszintén, ami miatt most a Magyar Orvosi Kamara és már a többi kamara ellen is, aki szedett bármilyen díjat, felügyeleti eljárás folyik, annak a témája vagy tárgya a regisztrációs díj, aminek semmi köze az illetékhez és a hatósági díjhoz, hiszen a regisztrációs díjat a Magyar Orvosi Kamara 1994 óta az alapszabályában bevezette, mondván, hogy aki belép a kamarába, az regisztrációs díjat fizet. Az összes egészségügyi felügyeleti hatóság eddig nem kifogásolta, és összekeverni az illetéket a regisztrációs díjjal, az mindenképpen hiba.

Tudom, hogy most politikailag bármilyen díjat szedni nem szép dolog, de még egyszer mondom: ezzel a törvénnyel, amit önök most alkottak, csupán az illetékről mondják ki, hogy mi újság van. Természetesen az Orvosi Kamara e szerint a törvény szerint – és a regisztrációs díjat hagyjuk, mert az nem illeték – illetéket fog szedni a második belépőknél, ahol kell, és nyilván ennek az utalása az APEH-hez fog történni vagy az Illetékhivatalhoz, tehát ez nem marad a saját zsebünkben. Bátorkodom megjegyezni, hogy amikor még a működési nyilvántartást a kamara vezette, akkor külön törvény rendelkezett arról, hogy a beszedett illetéket – az illeték volt – a kamara tarthatta meg. De most nem mi vagyunk a működési nyilvántartás vezetői, tehát ez rendben van, hogy ezt be kell fizetni. Mint ahogy itt rendelkezik is a jogszabálytervezet, hogy aki viszont fizetett ilyen illetéket – bár zárójelben megjegyzem, hogy a Magyar Orvosi Kamarában senki nem fizetett illetéket, se hatósági díjat -, annak az APEH majd vissza fogja szolgáltatni.

Nyilván a kollégák félreértik, illeték, regisztrációs díj ganz egal, tehát jön, hogy fizessem vissza. Mondom: jó, menj el az APEH-hoz, és igen fogok csodálkozni, ha az APEH bármit is visszautal neki, hiszen ő ebből egy fillért nem kapott, lévén, hogy ez nem illeték és nem hatósági díj.

Tehát egy picit úgy érzem, hogy a beharangozott „majd most aztán jól ellátjuk a kamarák baját, hogy ezt meg azt mernek kérni”, ezt a kérdést, legalábbis jogilag nézve, nem rendezte le, mert másról van szó.

A gyógyszerész témával kapcsolatos, illetve a gyógyszerjogszabályokat érintő kérdésekben természetesen az itt ülő kollégám, Kiss Sándor fog szólni. Én még gyorsan megnézem, hogy mi az, ami esetleg még említésre méltó lenne. Azt hiszem, hogy az egyéb törvények módosításában, ahol mondta is államtitkár asszony, hogy az egészségügyben működő szakmai kamarai tagsági viszony első létesítésére irányuló eljárás most illetékmentes ilyen formában, erről gyakorlatilag az előzőhöz kapcsolódóan beszéltem.

Tehát megmondom őszintén, hogy a Jobbik részéről nyugodtan mondhatom, hogy ezt a törvénytervezetet az általános vitára mi alkalmasnak fogjuk találni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Államtitkár Asszony! Főorvos Asszony! Kedves Képviselőtársaim! Most arról kellene vitáznunk, hogy általános vitára alkalmas-e ez a törvényjavaslat. Én elég sok mindent hiányolok ebből a törvényjavaslatból, példának okáért a gyógyszerárakat meg sem említi. Tehát az, hogy a gyógyszerek ára csökkenni fog remélhetőleg, ez a gyógyszerárak számára mindenképpen veszteség.

Tehát szerencsésnek tartottam volna, hogy azt a degresszív árrésrendeletet legalább jelképesen, vagyis nem jelképesen, de illett volna módosítani úgy, hogy az alacsonyabb árkategóriájú gyógyszereken igenis, magasabb legyen az árrés. Nem tudom, van-e erre mód és lehetőség vagy meg van-e nyitva az a szakasz, de mindenképpen fel szeretném hívni a minisztérium figyelmét arra, hogy igen jó néven vennék a gyógyszerészek, mintegy

támogatva magát a generikus programot is, hogy az árrésrendelet alsó kategóriájában igenis, lenne egy árrésremelés, amennyiben erre mód van.

A kormány előterjesztésében láttam, hogy a gyógyszer-tárakat is érinti valamilyen szinten ez a törvénymódosítás, ha jól emlékszem, le is volt írva, hogy mekkora árréstömeg-veszteséget kell a gyógyszer-táraknak elkönyvelniük, ugye? Nehogy butaságot mondjak, ugye, hogy benne volt ez? *(Dr. Cserhádi Péter: Majd megválaszolom ezt a kérdést.)* Jó, tehát mindenképpen szeretnék erre egy módosítást.

Valamint a gyógyszer-alapanyagok ellátását is szerintem szerencsés lett volna belevenni. Én falusi patikusként elmondhatom önöknek, hogy a FoNo alapanyagai nem beszerezhetők példának okáért. Nem akarok a szakmáról beszélni, hogy az ezüstkolloidos orrcsepp milyen jó, hogy szerették régen, és hogy szeretnék most is, de nem lehet hozzájutni. Ellenben egy vény nélkül kapható orrcseppet 2-3000 forint körül, valóban ezüstkolloid hatóanyaggal megkaphatnak.

Tehát arra kérném önöket, hogy a kormányzat hasson oda egyrészt, hogy a gyógyszer-alapanyagok beszerezhetőek legyenek, de ne csak beszerezhetőek legyenek, hanem ezen a téren is legyen egy fejlődés. Tehát egy csomó olyan gyógyszer-alapanyag van, amihez hozzá lehetne jutni, amit igenis, magisztrális módon el lehetne készíteni, de egyrészt nem beszerezhető, másrészt pedig nincs se kutatás, se fejlődés. Ez bizony, segítené a Széll Kálmán tervet is, mivel ez egy költségtakarékos megoldás lenne úgy az OEP-nek, mint a betegeknek.

Nem is tudom, mit lehet mondani a gyógyszer-gyártó cégeknek, akik „gyógyszerismertetésre” kényszerülnek, tudniillik mi a rendezvény? Gondolom, egy száz fős konferencia az rendezvény, de egy 5 fős kerekasztal-beszélgetés rendezvény? Vagy egyáltalán mit takar igazából a gyógyszerismertetés? Szerintem ezeket talán szerencsésebb lett volna pontosabban meghatározni.

Aztán van ez a fenyegetés. Két paragrafust is találok erre, a 4-est és az 55-öst, ahol az van, hogy ha az orvos – gondolom én, tehát kérném erre a választ – valamilyen módon közreműködik ebben a törvénysértésben, gondolom, elfogad valamilyen ajándékot vagy ehhez hasonlót, akkor egy hónapra felfüggesztik a támogatott vényírási jogát. Most tessék elképzelni, hogy egy faluban rendel egy orvos, elfogadott valamilyen ajándékot vagy megsértette a jogszabályt, és egy hónapig támogatotti vényt nem írhat fel. Akkor mi lesz abban a faluban egy hónapig? Erre szeretnék választ kapni, amennyiben erre lehetőség van.

A másik pedig az, hogy a 61. §-nál olvastam azt, hogy kizárják azt a gyógyszerkészítményt a támogatott körből, aki kétszer is megsérti ezt a jogszabályt. Most nem tudom, belegondoltak-e abba, hogy ez mit jelent. Elnézést, hogy példálózok. Van egy készítmény, ami feltehetően jó áron kerül a betegekhez, hiszen itt azt írja elő, hogy a beteg legalább 50 százalékkal ne fizessen többet. Tehát ezt a gyógyszerkészítményt a gyógyszer-tár készletezi, a nagykereskedő készletezi, a lakosság egy része megszokta, utána aztán ezek valami csúnyaságot követnek el és kizárják őket, akkor egy évig nem kaphatják meg ezt a gyógyszert a betegek. Magyarázzuk meg majd a patikában, hogy ön ezt a generikus készítményt miért nem kapja meg, és akkor kezdjem el magyarázni a jogszabályt? Ez abszurdum szerintem. Tehát ez a paragrafus szerintem úgy, ahogy van, nem igazán helytálló.

Visszatérve a gyógyszer-tárakra. A gyógyszer-tár ebből készletez, feltehetőleg komoly készlete van, mivel olcsó a készítmény, sok fogy belőle. Akkor a gyógyszer-tárat veszteség éri, a nagykereskedőt veszteség éri, és tulajdonképpen még a beteget is veszteség éri, mert utána csak a magasabb térítési díjú készítményhez juthat hozzá.

Tehát mindenképpen szeretném, ha ezeket egy kicsit átgondolná a kormányzat, és próbálná megközelíteni a gyakorlati oldalról.

Összességében végül is ez a salátatörvények sajátossága, hogy van benne egy csomó olyan, amit támogatunk, így azt, hogy a generikus gyártók 20 százalékkal többet fizessenek. Úgy gondoljuk mi, a Jobbik, hogy a generikus készítményekben óriási tartalék van. Tehát úgy

gondoljuk, hogy a kormánynak egy teljesen másfajta támogatáspolitikát kellene kialakítani a generikus készítményekkel kapcsolatban, és majd valószínűleg az általános vita során el is mondjuk azt, hogy a Jobbik hogyan is képzei el a gyógyszerár-támogatási rendszert, mert ez, ami most van, ez a korrupció melegágya, ez egy hatalmas összevisszaság, nem tudok mást mondani, a gyógyszerkészítmények nem az értékükön kerülnek a betegekhez. Tehát azt is kérdezném, hogy a ciklus végéig marad-e még ez a gyógyszerár-támogatási szisztéma, vagy esetleg gondolkodnak azon, hogy ezen változtassanak? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Puskás képviselő úr!

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Köszönöm szépen, elnök úr. Én viszonylag rövid leszek. A Nemzeti Egészségügyi Tanács üléséről érkeztem, azt hiszem, a 37. §-ként szerepel a törvénytervezetben ez a pont.

Arról állapodtunk meg, hogy természetesen a 14 évvel ezelőtti jogszabályi környezet és kívánalmak megváltoztak, úgyhogy nyilvánvalóan az igények változásához, alakulásához kell a szabályokat is alakítani.

Az, hogy a Nemzeti Egészségügyi Tanács ez alatt az idő alatt volt olyan időszak, amikor – hogy mondjam pontosan – nem feltétlenül szakmai értékek mentén hozta meg a határozatait, az is igaz, ez talán egy kicsit csökkent, sőt mi több, maradjunk abban, hogy ez az utóbbi időben nem így van.

Abban maradtunk, hogy vannak olyan funkciói a Tanácsnak, amit mindenképpen meg kell tartani, és ez a kérdésem is, hogy ezek a funkciók, amelyek a betegszervezetekre vonatkoznak, szakmai szervezetekre vonatkoznak, bízást számíthatunk-e arra, hogy ezek megmaradnak? Bízást számíthatunk arra – én remélem -, hogy ezek az egészségpolitika alakítóinak a tanácsadó grémiumába beletartoznak ezután is.

Az fogalmazódott meg, hogy mindenképpen létre kellene hozni, ha nem ilyen név alatt, valamiféle név alatt egy olyan grémiumot, ahol a szakmai szervezetek, illetve a betegszervezetek közösen kifejezhetik véleményüket, és ezzel segíthetnek az egészségügy irányítóinak a tanácsaikban, illetve a szükséges irány meghatározásában.

Abban bízom, illetve nem én, hanem a Nemzeti Egészségügyi Tanács, hogy ezek a funkciók a későbbiekben is megtartódnak, és ezek a funkciók a későbbiekben is jelen lesznek.

Elhangzott már, itt szeretném megerősíteni, van néhány olyan dolog a törvénytervezetben, ahol a definíciók pontosítása szükségeltetik. Azt hiszem, kolléga úr a rendezvényeket illetően szólt már ennek fontosságáról, és azt hiszem, hogy egy vényírásbeli egyhónapos szilenciumra ítéli a törvény kötelező jelleggel a kollégát. Adott esetben, ha a kötelező jelleg helyett egy bizonytalanító, feltételes mód szerepelne, abban az esetben egy kicsit életszerűbb lenne a törvény. Világos, hogy aki a szabályok ellen vét, azt szankcionálni kell, de nem a betegeket kell adott esetben szankcionálni, hanem a vétőt, tehát akkor anyagi felelősséggel tartozik ebben a dologban. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük szépen. Heintz Tamás képviselő úr!

DR. HEINTZ TAMÁS (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Államtitkár Asszony! Tisztelt Államtitkár Úr! Kedves Képviselőtársaim! Öt plusz egy paragrafusnál szeretnék néhány észrevételt tenni. Az egyik a 3. §, a helyi utazás költségeihez támogatás nem jár. Annyi megjegyzésem lenne ehhez, hogy Budapesten írták ezt a törvényt, ezt megértem. Ha odébbmegyünk egy picikét egy nagyobb városhoz, ahol számos csatolt település van, ami a '70-es évek csodaműve volt, látjuk kiírva, hogy Szombathely-Zanat vagy Szombathely-Ondód, így vannak sorban, vagy Kaposvár-Kaposfüred, akkor ezek olyan települések, ahol nem adható ki az útiköltségpapír a településre. Ugyanakkor, ha odébbmegyünk 200 métert, és

az a település nem csatoltatott be 30-40 évvel ezelőtt, a tanácsi rendszerben a városokhoz, önálló település, az ott lakóknak adható útiköltségpapír. Az a kérésem, hogy ezt valahogy tisztázzuk, mert ezeket rendszerint egy praxis látja el és egy doktor fog istentelenkedni, az egyik településen ad útiköltségpapírt, a másikon nem fog adni, és nem fogja tudni elmagyarázni a tanácsi rendszer hibáit az 1970-es években, mert abszolúte nem kíváncsiak rá a betegek.

Tehát itt egy javaslatom is lenne, ha ez így van, akkor tegyünk egy olyan kitételt, hogy „kivéve a csatolt település és a székhely település között”, és ezzel a hibát megoldottuk.

A második probléma: a 7. §-ban játszadoztunk egy picikét. Ez tulajdonképpen – a korábban hozzászólókkal egyetértésben – nagyszerű, nagyon komoly és motivált módon érkeztek a betegek, felkészítve minden munícióval arra, hogy a passzív táppénzt a doktoroktól igénybe vegyék. Tehát ez egy nagy öröm. Az a kérdés, hogy a szociális ellátással megvan-e a kapocs, tehát most ki fogjuk-e dobni a beteget, hogy ez most megszűnt, vagy pedig van-e megfelelő megoldás? Erről már beszéltünk korábban, hogy az alapellátásnál különösen az egészségügyi és a szociális szféra igencsak szorosan együttműködik időnként.

A harmadik a 41. §, a gyógynövényekről szóló paragrafus, ahol olvasván ezt, ismerve a magyar hagyományokat, nem beszélve arról, hogy ez a romáknak egy olyan munkalehetősége, amelyet balga módon nem használunk ki itt, Magyarországon, kimerül azzal, hogy látjuk a pusztítást, amelyet alkalmasint végeznek a hársfásokban és egyéb helyeken, ahelyett, hogy magukénak érezve, gondolnák azokat, de ez egy hosszabb történet.

Az az érzésem összességében azzal, hogy a gyógyszerészek kezéből kivesszük ezt a magyar specialitást, úgy fogunk járni, mint az Unióba beérkezésünkkor a rozsdamentes mosogatókkal és a HACCP-vel, tehát megint teszünk egy teljesen fölösleges nyalintást az Unió felé. Miért nem vállaljuk azt fel mi, magyarok, hogy nálunk igenis, olyan minőségű a klíma és a környezet, és a gyógynövények még mindig, hogy különféle világhírű gyógyszergyárak szedik össze és próbálják munkára sarkallni a magyar kisebbséget, hogy szedje össze, akármilyen barbár módon a gyógynövényeket és tüntesse el az országból, miért nem lehet ezt magyar vállalkozásokban megcsinálni, és Magyarországon a magyar patikák polcaira büszkén kirakni? Hogy megfázásra nem 6 ezer forintos bogyt adok neki, hanem magyar mézet és hársfateát? Miért nem merünk végre magyarok lenni? Szerintem itt az ideje, ez nem barbárság, ez egyszerűen a józan ész, különösen a rengeteg förtelmes vegyszer közepette. Szerintem ezt nyugodtan megtehetnénk. Tehát a javaslatom ennek a paragrafusnak a lágy beillesztése a zúzóba. *(Derűtség.)* Miért? Vannak még csodák. Azért, mert ilyen meleg van?

Tudom, hogy hatalmas munka volt ezt megalkotni, hogy ne legyenek magyar gyógynövények a polcokon, de azért lássuk már be, hogy a józan ész akkor is ezt diktálná.

A következő az 52. §, a promóció és mindenféle ajándékozások. Végre, nem kell Hawaii-ba utaznunk minden évben, kollégák, ennek nagyon örülünk, mert annyira nem bírtuk elviselni, hogy minden évben hívtak minket, és évente legalább kétszer ott voltunk, mind a 6 ezer háziorvos. Tehát nagyszerű, hogy ez megszűnt *(Derűtség.)*, de valaki mondja már meg, hogy a jövőben miből fogjuk finanszírozni a magyar háziorvosok, a 6 ezer okosra képzendő háziorvosnak a továbbképzését? Merthogy minden ilyen továbbképzésen van egy darab szponzor, van egy darab jól kiképzett főorvos úr, professzor úr, bárki – bocsánatot kérek a professzoroktól -, és ott van az odaterelt háziorvos csapat, aki iksz pontszámért meghallgatja az iksz előadót, megnézi az ipszilon promóciót a gyógyszerről, bevacsorázik, aztán a pontszámokat elviszi haza.

Ezen lesz-e változtatás, magyarul: lesz-e tényleges, érdemleges háziorvos-továbbképzés? Ezt a lehetőséget meghagyjuk-e, továbbra is lehet-e gyógyszercegek pénzén vacsorázni és pontokat szerezni a jövőben?

Az 54. § lenne a következő, csak egy lapot kell lapozni, a gyógyszeráraknál lévő kupongyűjtésekre sajnos, itt sem kaptunk választ, és ehhez csatlakozik az 56. §, amely megnyitja a Gyftv. 19. §-át, ahol végre komoly jogosítványt adhatnánk az ÁNTSZ-nek, hogy üssön már oda, ahol ezt a munkát nem végzik el, vagy felejtük el. Komolytalankodtunk tavaly decemberben, hoztunk egy remek törvényt, amit sehol az országban igazából nem tartanak be, jót röhögnek rajtunk mind a multik, mind a magyar patikaláncok, és a maradék magyar patikusok, élén jobbikos kollégámmal pedig szívnak, mint a torkos borz magyarul, jegyzőkönyvön kívül.

Tehát ha ezen akarunk változtatni, itt a lehetőség, a 19. § nyitva van, adjunk már egy kis jogosítványt az ÁNTSZ-nek, meg pénzt, paripát, fegyvert alájuk, ellenőrizzenek, és ha jogsértés történik, azt torolják meg. Tehát erről szólna végül is ez az új rendszer, amit kétharmaddal vagy mi a bánattal megcsinálunk.

A ráadás a 44. §., amely a kamarákról szól. Én nem vonom kétségbe, hogy a kamarák a hatalmas érdekvédelemben most rácsókolnak a rezidensekre például, de ezt akartam megkérdezni éppen Paller Judittól, aki nyilván nem érintve, nem maradt végig, hogy mit szól ahhoz például – és ez egy jó ötlet, újabb érdekvédelem –, hogy mi van az alkalmassági vizsgálatokkal? Ha már egyszer itt a kamarákról is beszélünk egy picikét, és itt most illetéket visszakupunk, nem kapunk, úgy tűnik, hogy ebben nincs egység, és ÁNTSZ-szinten nincs egység. Tehát van olyan, hogy bizonyos szakmákban évenként kell megnézni azt, hogy valaki lehet-e doktor, például aki óvónő, annak évente kell menni, mert hátha behülyült egy év alatt a gyerekektől, de például a háziorvosoknál nem írják elő mindenhol, és ebből komoly konfliktusok vannak, 8 ezer forint évente, drága alelnök úr. Tehát javasolnám, hogy ha ilyen nagyüzemben megy az érdekvédelem tovább a rezidensek felé, akkor ezt is intézzék el, hogy például a rezidenseket illetékmentesen vizsgálja meg az az orvos kolléga, aki arra hivatott, hogy őket alkalmassá nyilvánítsa a következő időben is a munkára. Ennyi lett volna dióhéjban. Köszönöm szépen a figyelmet.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Egy dologban szeretnék hozzászólni, mert a másik dolgot, a csatolt települések problémáját már érintették, ez pedig a 41. §, ahol a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények forgalmazása és annak a forgalomban tartása véleményem szerint változatlanul szabályozatlan. Itt nem arra gondolok, amit Heintz képviselő úr mondott, abban őneki igaza van, hanem arra gondolok, hogy jelen pillanatban az Európai Unióban is példátlanul olyan jellegű készítményeket tartunk forgalomban, amelyek biztosan, tartósan hatástalan, és abszolút nem kivizsgált. Ráadásul a televízióban minden egyes alkalommal megjelenik alatta, hogy forduljon az orvosához és gyógyszerészéhez, aki tők felkészületlen ebben az ügyben. Tehát ez azt jelenti, hogy semmilyen fajta információja nincs róla.

Ez egészen súlyos betegségek esetén az amúgy is terhelt betegek zsebéből óriási pénzeket vesz ki. Ezt a kormánynak előbb-utóbb rendeznie kellene, mert nemcsak hogy jogi, hanem súlyos erkölcsi kifogásokat is felvet. Ugyanis azt az érzést kelti a betegben, hogy az ilyen jellegű készítményeket, ha például nem kapja meg, akkor azzal egészen nagy bizonyossággal az élete megrövidül, és ez folyamatosan ömlik ki a médiából. Ha ennek a szabályozásához nem nyúlunk hozzá, amihez majdnem minden európai ország hozzányúlt, akkor gyakorlatilag ez előnti a magyar gyógyszerpiacot.

Tisztelettel kérem, hogy vagy ebben a törvényben vagy ezzel kapcsolatosan kidolgoztunk, mi is élénk módosító javaslattal ebben a vonatkozásban, de ezt mindenféleképpen szabályozni kellene. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdések? Szilágyi képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen a szót. Tisztelt Bizottság! Tisztelt Államtitkár Asszony, Államtitkár Úr! Úgy vagyunk mi ezzel a salátával, mint ahogy voltunk ősszel is, nagyon szívesen támogatnánk az itt felhozott szabályozási elemeknek mondjuk a 70-80 százalékát, ha külön idehozzák, de ez a saláta elég hamar felmagzik és onnantól már hasznavehetetlenné válik, legalábbis étkezési célokra, és sajnos, vannak olyan elemei, ami miatt mi ezt nem fogjuk támogatni, és még milyen messze vagyunk az elfogadástól és ennek az egész folyamatnak a végétől. Ha megint úgy járunk, ahogy jártunk ősszel, hogy a végére már fű, fa, virág bekerült ebbe a csomagba és egyre vállalhatatlanabbá vált, akkor nem tudom, hogy hová fogunk kilyukadni. Reméljük, hogy ezt sikerül elkerülni.

Hadd mondjak néhány apróságot az elején. Puskás képviselő úrhoz csatlakoznék, azzal együtt, hogy én nem tudom pontosan, hogy mi folyt a Nemzeti Egészségügyi Tanácsban, de azt gondolom, hogy az egy nagyon fontos testület lenne egy normális demokráciában. Itt a törvényjavaslat indoklása azt mondja, hogy a NET tevékenységének felülvizsgálatáról van szó, ezt már elég régen tudjuk, hogy a kormányzati zsargonban azt jelenti, hogy megszüntetik egy tollvonással, és akkor megszűnik az a testület, aminek – megint csak az indoklást idézem – kezdeményező, javaslattevő, véleményező, tanácsadó, elemző és értékelő funkciója lenne. Lehet, hogy ez így nem volt jó, ahogy volt, és nem sikerült abba olyan tagokat delegálni, akik kompetensek lettek volna, én ezt nem tudom, de hogy erre szükség lenne, az biztos.

Akkor itt jön a kérdésem, hogy hogyan tudja ennek a funkcióit átvenni a szakmai kollégiumi rendszer? Azt gondolom, hogy ez teljesen másra hivatott és másra lenne kitalálva.

A másik kérdésem, hogy mi a csuda lesz ez a Betegfórum, azon túl, hogy a nevétől is kiráz a hideg, de ettől ez még lehet egy fontos testület. Hogyan fog ez szerveződni, és kik fognak ebbe tagokat delegálni, és mi lesz ennek a funkciója?

Az más kérdés, hogy a Betegfórum is nyilván fontos dolog lesz, de betegjogi hatáság kellene újra, ami egy éve nincsen már, és minden héten kapunk ígéretet, hogy ez végre fel fog állni. Neve is van, de más nincsen, tehát nem látjuk ennek a funkcióját és a működésének a szabályozását.

Ez a gyógynövényügy nekünk is nagyon fontos lenne, az itt az én kérdésem egészen röviden, hogy milyen nemzeti mozgástér maradt, tehát az uniós szabályozástól el lehet-e térni balra vagy jobbra, mert tényleg nagyon jó lenne, amit Heintz képviselő úr mondott, hogy itt beleálljunk ebbe a témába, hiszen nem biztos, hogy teljesen racionális ez az uniós szabályozási elv.

Egy újabb probléma, egy kérdés, hogy értem én a racionalitást a keresőképtelen állományban lévők soron kívüli ellátásával kapcsolatban, de nagy kérdés, hogy nem megy-e ez majd a többi beteg ellátásának a rovására? Tehát nyilván egyéb betegek itt hátrébb fognak majd sorolódni. Itt valamilyen adminisztratív módon hozzányúlunk majd a várólistákhoz és ez mindenféle furcsa helyzeteket fog eredményezni. Szeretném tudni, hogy ezt hogyan képzelik technikailag.

A legfontosabb kérdéskör természetesen a gyógyszer. Azt gondolom, hogy illúzió, hogy a betegek terhei emelkedése nélkül meg lehet ezt a dolgot úszni, és itt azt gondolom, hogy alapvető ellentmondásban van akár csak a Semmelweis-tervben leírt fontos elvek sokasága és a Széll Kálmán tervben leírt nagyon komoly megvágások sokasága. Úgyhogy azt gondolom, hogy rengeteg eszközt kiszivárogtattak még egy hónappal ezelőtt is, a Magyar Nemzetben lehetett leginkább olvasni, hogy milyen szabályozási lehetőségek vannak a gyógyszerkassza megrövidítésében. Ehhez képest néhány eszközt látunk itt, ebben a törvényjavaslatban, és nem biztos, hogy a legjobbakat. Ez a különadó emelése feltehetően nem a legjobb eszköz, nem is a leghatékonyabb, egyfajta pénzbehajtás egy fontos ágazattól, ami attól is elfogadhatatlan, hogy ezek a pluszforrások nem az egészségügyben fognak

dolgozni, és az egészségügy mondjuk humán erőforrás-problémáit fogják valamilyen módon enyhíteni.

Az a kérdésem, hogy ez a preferált referenciaársáv – ha jól mondom, ezt az új szabályozási kategóriát – hogyan fogja generálni az árverseny? Milyen lehetőséget látnak ebben az eszközben, mert azért ebből a javaslatból nem derül ki. Könnyű lenne azt kérni, hogy mutassanak hatástanulmányokat, de még nem mutattak egyet sem egy év alatt, tehát nem tudjuk, hogy ilyenek készültek-e, illetve mik alapozzák meg ezeket a döntéseket.

A másik kérdésem ezzel kapcsolatban, hogy nem gondolkodnak-e azon, hogy a generikus készítményeknél is egy ilyen referenciaárazási metódust vezetnek be? Sok ágazati szereplő szerint ez lenne az igazi megoldás, és így lehetne a gyógyszerkasszában lévő hatékonysági tartalékokat kimeríteni. Ennyit szerettem volna előljáróban mondani. Köszönöm szépen a szót.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdés? Horváth Zsolt képviselő úr!

DR. HORVÁTH ZSOLT (Fidesz): Kérdés, hozzászólás, elnök úr?

ELNÖK: Igen.

DR. HORVÁTH ZSOLT (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. A névhasználattal kapcsolatos változásról szeretnék szólni, ennek kifejezetten örülök, többször jeleztem már a minisztériumnak, még az elmúlt év során, hogy ez valóban a doktornőknek komoly gondot jelentett, érthető okokból. Egy jól felépített praxis használta a tradíciónak megfelelően egyébként a doktor nevét, ami a leánykori neve, ad abszurdum egyébként a férjezett nevére a hölgyek nagy többségének soha nem is állítottak ki diplomát, merthogy nem azon a néven végeztek, és furcsa volt, amikor ezt egy tollvonással, vagyis nem tollvonással, hanem egy egyszerű úton, amit államtitkár asszony, kialakult. Bizony, ez egy nagy öröm a hölgyeknek, hogy megtarthatják a praxisaik nevét, ami egyébként nagyon sok esetben megélhetési problémákat is okozhatott volna, és tiltakoztak elég rendesen.

A gyógyszerkasszáról két mondatot szeretnék mondani. Ha jól látom, akkor a tárca arra vállalkozott, hogy megpróbálja azokat a megtakarításokat eszközölni, ami a Széll Kálmán tervben szerepel. Ennek okát azt hiszem, nem kell újra és újra elmondanunk, de érdemes azért megemlíteni, hogy egész egyszerűen nem engedhetjük meg magunknak, hogy ennyit költsünk gyógyszerfinanszírozásra, mint amennyit jelenleg költünk. Tehát ennyire póri és egyszerű a magyarázat.

Összehasonlítva magunkat más, hasonló gazdasági potenciállal rendelkező európai államokkal, ők bizony, nem engedik meg maguknak, hogy ekkora összeget költsenek gyógyszerfinanszírozásra. Ez vagy tetszik, vagy nem, de tényként kell szembenéznünk vele. Itt az a nagy kérdés, hogy vajon, a betegterhek hogyan fognak növekedni emiatt. Ha jól látom, akkor a tárca arra tesz kísérletet, hogy lehetőleg a betegterhek ne emelkedjenek ennek következtében. Ez több programon keresztül valósul meg. Ami számomra, és ha egy pár szót erről szólnának, előttem is kérdezték, azt megköszönném, ez a Magyarországon a generikus készítményekben tapasztalható, relatíve magasabb árszínvonal, mint ami az európai átlagot jellemzi. Itt látom a módosítást, ha néhány szót szólnának arról, hogy ez hogyan fog hatni, tehát mit várunk tőle, körülbelül milyen hatást várunk tőle.

Egy picit vitatkoznék a gyógyszerész doktor képviselő úrral. Én értem azt, amit ön végigsorolt, hogy mekkora gondokat okozhat egy jó készítménynek a támogatotti körből való kizárása, de ön is ismeri ezt a világot. Szóval azért ez egy nagyon szigorú szankció. De azt gondolom, hogy ez egy hatékony szankció, akkor is, ha átmenetileg a lakosoknak is valamilyen károkat el kell szenvednie, és ez valóban benne lehet. De itt azt feltételezem én,

aztán majd kérem a tárcát, hogy ezt cáfolja vagy erősítse meg, hogy ez egy olyan szankció, amelyiktől való félelem elég erős a gyártókban ahhoz, hogy visszatartson, mert azért ha egyszer valaki kikerül a támogatotti körből, az komoly veszteség.

Tehát általában egy divízióban felépülő multinacionális cégnél azért ilyenkor az első számú vezetőknek kérdéseket szoktak feltenni, és ebből nagyjából az utolsó előtti kérdés az, amelyik azt kérdezi, hogy hová utaljam a végkielégítéset. Tehát én így tapasztaltam meg, amikor ilyen cégekkel kerültem kapcsolatba. Lehet, hogy itt is lesz egy tanulóidő, egy-két ilyenbe beleszaladnak, és aztán, ha kellő reakció van rá, akkor ez visszatarthat. De hogy ezen a területen valamiféle rendet kell rakni, az egészen biztos. Tehát ebben köztünk vita nincs.

Szilágyi képviselő úr, a NET-tel kapcsolatosan nekem volt egy időszak államtitkárként, amikor némi emlékem és élményem volt arról, hogy hogyan működött, amit felsorolt és felolvasott, na, azokat a funkciókat nem látta el. Ez az, ami biztos. Sokkal inkább egy teljesen más funkciót látott el, inkább egy politikai testületként működött. Nekem most így innen, képviselőként már szabad ilyeneket mondogatnom.

Azt gondolom, hogy akkor viszont már a szakmai kollégiumok sokkal kevésbé politikai testületként működnek, és sokkal inkább szakmai testületként működnek. Tehát én inkább onnan várnám ezeket a funkciókat, hogy ellássák, mintsem a NET-től. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. További kérdés a bizottság részéről? *(Nincs jelzés.)* További kérdés nincs. Akkor a viszontválaszra megadnám a szót helyettes államtitkár asszonynak és helyettes államtitkár úrnak.

**Dr. Cserhádi Péter helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai**

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Tisztelt Képviselő Urak! Köszönjük szépen. Sorrendben akkor Iván professzor úr kérdései jórészt hozzám voltak adresszáva. Láthatóan ez a helyi közlekedés problematika, bár jelentéktelennek tűnik, itt a következőről van szó. A szövegben korábban – az ember hozza magával az összehasonlító táblát – az állt, hogy helyi közlekedési eszköz igénybevételéhez nem jár támogatás, és most helyette az van, hogy helyi utazás költségeihez támogatás nem jár. Tehát a jogalkotási szándék elég nyilvánvaló volt korábban is, hogy a helyközi, tehát nyilván amikor a vidéki beteg felutazik a városba a szakrendelésre, vonat, busz és személyautó használata is lehetséges legyen, de a városon belül, tehát a helyi közlekedésben nem, ahogy ez egyébként viszonylag elfogadott elv. Ezen belül egy érdekes problémát vetett fel a fogalmazás, hogy elvileg az autó nem helyi közlekedési eszköz, akkor viszont autót lehet használni helyi szinten is a rendelő megközelítésére.

Tehát ez az OEP számára egy komoly dilemma volt, mert bizony, voltak ebből jogviták. Tehát ez a magyarázat, azt hiszem, ez több kérdésben is felmerült. Azt viszont valószínűleg el kell fogadnunk és meg kell vizsgálnunk, amit képviselő úr felvetett, hogy az ilyen esetekben, amikor ennél a kapcsolt település kérdésnél helyi közlekedéssé válik az addig helyközi közlekedés, hogy ott esetleg ezt hogyan lehetne újítani, úgyhogy ennek utána fogunk nézni és valószínűleg ezt igyekezünk megoldani.

A gyógynövénykérdés számos kérdésben felmerült, Iván professzor úrtól is. Valóban igaz – és ezt Nagy Kálmán képviselő úr fejtette ki teljes joggal -, hogy sajnos, ez egy nagyon szabályozatlan termékkör. Ha belegondolunk abba, hogy jelenleg például mondjuk ugyanazon termék – ne nevezzem nevén azt a gyógyteát, amelyik a gyógyszertárban vagy a gyógynövényboltban most még nem, de szabadpolcra elvehető lesz, 5 százalékos áfával ebben a pillanatban 100 grammos kiszerelésben, ugyanez onnan 20 méterre kilós kiszerelésben a szupermarketben viszont 25 százalékos áfával vihető el. Tehát egészen riasztó

és furcsa ellentmondások vannak ebben financiálisan, versenypolitikailag és szakmailag is, és ezen belül pedig a gyógyszerbiztonság kérdésében is.

Tehát valahol az ember mondjuk érti - nem akarom itt menteni a szegény Európai Uniót – azt, amikor megpróbálja a gyógyszerbiztonság kérdését az élelmiszerektől, az adalékoktól és egyebektől elválasztani, mert ebből számos kilengés várható. Azért azt is tudjuk – majd ehhez később hozom talán a számot is -, hogy hihetetlen nyomás van az Európai Unión például India és Kína irányába ezen a területen, és akkor aztán nem lesz miről beszélni itt a magyar gyógynövénypolitika kapcsán, ha ez a dömping bezuhan az országba. Elvileg ezt fogja meg, azok a kategóriák, mint a hagyományos növényi termék, illetve a növényi termék, amelyik próbál ennek gátat szabni ennek az egyébként gáttalan és hihetetlen volumenű hengernek. Ez később majd még szóba jön.

Tehát valóban igaz, nagyon szabályozatlan a kérdés, ezért a Vidékfejlesztési Minisztériumban két munkacsoportban is folyik jelenleg a munka. Az egyik ez a fajta, inkább iparpolitikai kérdések körbejárása, hogy hogyan lehetne az ilyen irányú magyar tevékenységet növelni, ami egyik oldalról valóban munkaalkalom-teremtési lehetőség is lenne, de ez időnyomunka, mint tudjuk eleve, tehát a jellegéből adódóan, ez is benne van. Valóban, egy olyan tízezres nagyságrendben lehetne munkát adni vele, de ugyanakkor valóban ez a probléma, hogy ez a fajta tevékenység védett területen számos egyéb problémát vált ki. Tehát nem könnyű ezeket egyeztetni. Ez a VM illetékessége.

Illetve egy másik nagy kérdés a gyógyszerkódexbe való illesztése ezeknek a hatóanyagoknak. Tulajdonképpen ez a munka is folyik. Amikor ezt az áfakérdést meg akartuk oldani miniszteri rendeletben, akkor kerültünk kemény összeütközésbe a VM-mel, és akkor ennek kapcsán döntöttünk úgy, hogy ezt meg kell lépni és a gyógyszerkódex módosításakor ezt a folyamatot végig kell vinni. Ez zajlik jelenleg.

Az egészségnevelés illetékessége, a harmadik kérdése képviselő úrnak: a jogszabály jelenleg itt két helyen hosszan taglalja azt, hogy a pedagógusnak milyen típusú ismereteket kell átadni, azt hiszem, több pontban is a megfelelő helyen, az egészségügyi törvény módosításánál. A 17. §-ban a-j)-ig, illetve egy (5) bekezdésben lejjebb mondja ki azt, hogy minden egészségügyi dolgozó feladata az egészségnevelésben való aktív részvétel, ezért az egészségügyi dolgozók képzése során kiemelt figyelmet kell fordítani az életmód-tanácsadásra történő felkészítésre. Illetve aztán folytatja, hogy az (1) bekezdésben foglaltakat a pedagógusok képesítési követelményeinek meghatározása során figyelembe kell venni. Tehát ez a formai válasz a kérdésre.

Tartalmilag pedig azt mondhatjuk, hogy a NEFMI egyik kedvező oldala az, hogy ezek az ágazatok most együtt vannak, és elég intenzív tárgyalás folyik a TÁMOP-források allokálásáról, nagyon fel kell pörögni, ha szabad ezt mondani, mert komoly problémák vannak. A TÁMOP 6.1.2. a komplex egészségfejlesztéshez most úgy tűnik, hogy körülbelül 10 milliárdos nagyságrendű, ez önmagában is egy 10 milliárdos program, négy elemből álló, és ehhez kifejezetten az iskolai egészségfejlesztést és az iskolában az egészségnevelés tantárgyat, illetve azon felül az iskolában a stresszoldó képességet, a konfliktuskezelés képességét tanítani pedagógusoknak. Ez a program célja, Úgy tűnik, hogy ha igaz, több tízmilliárdos nagyságrendű forrással egészen országos szinten lehetne ezt kiteríteni, és akkor ennek a keretnek a tartalmi is végre színessé válhatnának, nyilván persze a hosszú távú fenntartási kötelezettséggel.

A terápiás protokolloktól való eltérés kapcsán mindannyian tudjuk, őszintén meg kell mondanom, hogy az elmúlt egy évben számos esetben kerültem szembe azzal, és akkor itt a promóció következménye, olvasom azokat a szakmai kollégiumi jegyzőkönyveket, ahol egy-egy, esetleg 5-6 milliárd forintos készítmény befogadásáról van szó, és döbbenet látom, én se nagyon értek hozzá, csak az orthopéd-traumatológiához, de azért azt látom, hogy a szignifikanciák furcsa módon elkezdenek csúszni-mászni a szövegben, és egyszer csak egy

meglepő döntés születik. A világosan leírt, taxatív felsorolt szövegménnyráta dacára az a véleményem, hogy igen, az új protokoll jobb, mint a régi kombináció. És ez nagyon elgondolkodtatja az embert, de ezért is gondoljuk úgy, hogy ebbe a folyamatba be kell avatkozni.

Nyilván, amikor arról beszélünk, hogy a nagyon sok egészségügyi rétegnek a megélhetését segítik ki sajnos, szégyenszemre különböző gyártó és egyéb forgalmazói érdekek, ez teljesen világos, ez persze nemcsak nálunk van így, csak az arányok nagyon különbözőek. Azoknak a tízszeres nagyságrendeknek a mentén ugyanazon eszközöknek a mozgása egészen más hatásokat vált ki Nyugat-Európában és mást Magyarországon. Egy-egy rossz döntés, mondjuk egy hatóanyag-befogadásnál viszont milliárdos, az onkológiai hatóanyagok darabonként 5-10 milliárdos, a pszichiátriai hatóanyagok darabonként hasonló nagyságrendben futnak, tehát egy-egy rossz döntés következménye nagyon kisugárzó lehet a rendszerre.

A tény az, hogy a fentiek mentén a finanszírozási és terápiás protokollokat, az irányelveket jogszabályban kell megjelentetnünk. Ezek is eddig tájékoztatóként jelentek meg a minisztérium honlapján, most viszont kötelezve vagyunk arra, hogy jogszabályban megjelentessük. Ebből következően nyilván a szankciónál a hatóság súlya is nagyobb. Mi azért azt gondoljuk, hogy ehhez még a regisztereket hozzá kell tennünk, de egy elég pozitív példa, ha jól tudom, a gyógyszer- és a rákregiszter, az, amelyik mentén nemcsak egy egyszerű epidemiológiai detektálás történik jelenleg, hanem például követik azt, hogy adott esetben, adott gyermeknél, adott kórképnél, adott vérképnél milyen protokoll folyik, és beleszól a szakmai vezetés abba, hogy akkor mit alkalmazzanak. Amennyire én tudom, nagyon pozitív, tanár úr esetleg alátámasztja ezt, hogy ez valóban így működik. Ami nem szankció, hanem sokkal inkább szakmai típusú kormányzása a protokoll betartásának, de reménység szerint a szankció persze nem kiemelve csatlakozik ehhez.

A biológiai anyagok kérdésében a FoNo maradása egyértelmű, és a jogalkotói szándék az ősszel is az volt, hogy a magisztrális gyógyszerkészítést – van egy-két olyan terület a bőrgyógyászatban, a gyermekgyógyászatban tudomásom szerint, ahol ezek valóban költség- és terápiás kedvezőség szempontjából előnyösek. Próbálkoztunk azzal, hogy lehetőleg ezt a folyamatot újra felélesszük, aminek ugyanakkor sajnos, valóban logisztikai akadályai is vannak, az érdekeltség továbbra sem tűnik nagynak, és sajnos, az egésznek az ellenőrzése, tehát a FoNo-hatóanyagok ellenőrzése nagyon gyenge. De hihetetlenül leolvadt sajnos, a fenti folyamatok miatt az ÁNTSZ és az OGYI laborhálózata. De ez később is jön majd, hogy az ellenőrzés abszolút fontos lenne nyilvánvalóan, szóval magunkat köpjük le, ha olyan jogszabályokat hozunk, amelyeket nem tudunk betartatni. De jelenleg az erőforrás-helyzet, most a kormányhivatalok felállásával és nyilván lassan a funkciók rendeződésével azt reméljük, hogy ez komolyabbá válik, és akkor ez továbbmehet, de valóban komoly erőforrás-problémákkal küszködünk.

A co-payment kérdést nem értettem, tanár úr, hogy az mire vonatkozott a végén, nem volt tiszta, egyértelmű számomra.

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): A co-paymenttel kapcsolatosan rengeteg szállóige van, nyilván félreértésekkel. Hozzájárulás a betegek vagy az orvosok vagy az egészségügyben dolgozók vagy a gyógyszerészek részéről ahhoz, hogy a költségeket ezzel, mintegy a támogatási rendszert módosítsák. Tehát ez lenne a co-payment, hogy az egészségügyi ellátás hozzájárulásos részében, akár a gyógyszerek vonatkozásában, akár eszközös vizsgálatokban, akár bentfekvésnél, erre voltak rossz példák. Tehát egyáltalán felvetődött-e ez a kérdés.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Annyit el lehet mondani most már, hogy a Semmelweis-terv megjelent, pontosabban a hozzá

kötődő határozati javaslatokat most már ismertette államtitkár úr, megjelenni akkor fognak, hogy ha a Közlöny napvilágot lát, és akkor lesz hivatalos.

Ezt azért nem volt könnyű elérni, ezt mindannyian tudjuk, hogy a magyar gazdaság állapotát és főleg a 2012-es év azért sok árnyat vetít előre, ennek fényében nagyon komoly szakmai munkát próbáltunk végezni a tekintetben, hogy azokat a rizikókat is feltárjuk, amelyek adott esetben az ágazat számos szereplőit érintik. De azt világosan tudjuk, hogy a gyógyszerkassza integráns része tulajdonképpen az egészségügynek, és a problematikája kisugárzik a rendszer további részeire is.

Tehát ennek fényében gyakorlatilag odáig el tudtunk jutni, ezt talán már el szabad mondani előre, hogy részben a Széll Kálmán tervben is – majd fogom mondani – szerepelnek erre vonatkozó részek. Ez Kiss képviselő úrnak lesz majd válasz, és röviden beszélnék róla, illetve a Semmelweis-terv is, miközben kénytelen tudomásul venni azt, hogy a Széll Kálmán terv mentén ez költségvetés-megtakarítást céloz elsősorban, lehetőséget kaptunk a többletforrások feltárására, és adott esetben már a 2012. évi adópolitika felé való irányítására. Ez részben a népegészségügyi terv kapcsán most már elég határozottan képet öltött, illetve a másik eleme ennek a rendszernek a kiegészítő biztosítások kérdése, ezen belül például a sportbiztosítás kérdése az, ami egy komoly és megoldandó feladat az olimpiáig rövid távon, hosszú távon pedig rendszerűen.

A felmerülő balesetbiztosítás, illetve az ápolási biztosítás kérdései, de számos ilyen, a fent említett co-payment rendszerhez közelítő és az egészségügyi viszonyokat rendező vagy tisztázó elem, jelenleg masszív munkacsoporti tevékenység tárgyát képezi, ha ennyit el szabad mondani, akkor ez válasz lenne erre a co-payment kérdésre.

#### **Dr. Páva Hanna helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium) válaszai**

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Gyenes Géza alelnök úr kérdéseire mondanám a válaszokat. Az első a passzív táppénz megszüntetésével kapcsolatos kérdés volt. Erre Heintz Tamás képviselő úr is utalt a kérdései között, hogy mi történik az ellátottakkal.

Nem történik semmi más, mint ami eddig történt, itt csak az a változás, hogy mindez egy hónappal előbb következik be. Tehát vagy valamilyen szociális ellátást fog kapni, ha arra jogosult, vagy munkanélküli ellátásban fog részesülni, ha arra jogosult. Tehát itt pusztán annyi történik, hogy mindez egy hónappal előbbre kerül, és ez az egy hónap viszont az E. Alapnak megtakarítást jelent.

A működési nyilvántartással kapcsolatban, EEKH-adatszolgáltatás a kamara felé. Azt gondolom, hogy ennek semmi akadálya nincsen, ezt akkor meg kell nézni, ha kell, akkor lehet írni egy módosítót erre, ha ez szükséges. Nyilvánvalóan itt egy szoros napi együttműködés kell a működési nyilvántartást vezető szerv és a kamarák között, hiszen kölcsönösen érdeke mindegyik félnek.

Bevallom, hogy a külföldön dolgozók esetében az adatszolgáltatást említette alelnök úr, ez nem volt számomra teljesen világos, hogy itt mire is utalt.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Néha kérnek menet közben is. Kint dolgozik két éve, és akkor az ottani hatóság kéri, hogy igazolja még egyszer a jó hírnevét. Nagyon sok olyan jó hírnevről szóló igazolást íruunk alá, aki már kint dolgozik, tehát még egyszer megteesszük, de ha nem lesz tagja a kamarának és nem lesz benne a működési nyilvántartásban, akkor honnan fogja megkapni?

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Tehát kifejezetten a jó hírneves igazolásoknak a kérdése?

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): De mást is kérhetnek.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Köszönöm szépen, hogy erre felhívta a figyelmünket. Akkor megnézzük, hogy ezt hogyan lehet kezelni.

A szolgálati idővel kapcsolatban, önkéntes munka, szolgálati idő. Ezt is engedje meg, képviselő úr, hogy megnézzük, hogy ezt hogyan lehet kezelni, vagy mit kell esetleg itt módosítani.

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Lesz módosító javaslatunk, legfeljebb megbeszéljük, hogy jó vagy nem jó, de erre vonatkozóan mi készülünk.

DR. PÁVA HANNA helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Jó. Köszönjük szépen. A regisztrációs díj és illeték. Az az alapvető probléma, azt hiszem, ha szabad a kamara nevében ezt mondani, hogy az illetéktörvény kimondja, hogy hatósági tevékenységért vagy illetéket lehet szedni vagy igazgatás-szolgáltatási díjat. Ezt a kettőt, mást nem. Ez a tevékenység most a Ket. értelmében, tehát a tagfelvétel hatósági tevékenység. Tehát itt vagy illeték van, vagy igazgatás-szolgáltatási díj. Mi azt gondoljuk, hogy ez az egyszerűbb, és az ügyfelek, az egészségügyi dolgozók, orvosok, gyógyszerészek szempontjából az a jobb, ha azt mondjuk, hogy ez legyen illeték főszabályként, de rögtön tudunk adni illetékmentességet.

A regisztrációs díj, hogy korábban szedett ilyet a kamara, én bevallom, hogy erről nincs tudomásom, nyilván ön ezt sokkal jobban tudja nálam. És hogy miért szedhetett, és miért nem volt ez probléma, nem tudom az akkori jogi környezetet, csak feltételezem, hogy azért, hiszen akkor még nem volt Ket., ami 2004-ben került elfogadásra, és 2005-ben lépett hatályba. Tehát lehet, hogy az akkori szabályozás alapján nem volt ilyen egyértelmű, hogy ez a tevékenység egyébként hatósági tevékenység. Ezért semmi nem akadályozta meg a kamarát abban, hogy szedje ezt a regisztrációs díjat. Ma viszont ez egy egyértelmű jogi környezetben hatósági munka, amiért viszont csak az említett kétfajta bevételt lehet szedni.

Akkor gyorsan befejezem, mert ha jól látom, a többi Cserhádi Péter helyettes államtitkár úrnak az asztala. Nekem még, ha jól látom, egy volt itt, a Szilágyi László képviselő úr által felvetett kérdés, hogy a keresőképtelen biztosítottak soron kívül el kell látni, és hogy ez a többieket nem veszélyezteti-e. Mi úgy gondoljuk, hogy nem fogja veszélyeztetni, hiszen a módosítás kifejezetten rendelkezik arról, hogy ez a soron kívüli ellátás nem veszélyeztetheti a szakmai szempontból indokolt egyéb ellátásokat. Tehát már most is az egészségbiztosítási törvénynek a szabályrendszere kimondja, hogy kit, milyen sorrendben, hogyan lehet ellátni, szakmai szempontok érvényesülnek, és ezt nem rúgja fel ez a szabály. Itt csak egy lehetőséget ad arra, hogy egyébként, ha van kapacitása az egészségügyi szolgáltatónak, akkor viszont őt vegye előbbre. Köszönöm szépen.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Nemzeti Erőforrás Minisztérium): Áttérve Kiss képviselő úr kérdéseire, amelyek főleg felém irányultak és a gyógyszerárak kérdése kapcsán. Valóban egyébként, talán egy másik kérdés is utalva, a tárca a Széll Kálmán folyamatban számos munkaanyagot letett az asztalra, egy 116 oldalas volt az első, majd abból egy körülbelül 20 oldalas összefoglalót oda is adtunk annak idején az egyeztetések után a második körben a szakmai szervezeteknek. Jelenleg maga a Széll Kálmán előterjesztés teljes szövege 111 oldal, szép számú hatásvizsgálat van benne. Ezek nagy része azért érdekes – és majd ezt nyilván fogom tudni mutatni -, mert nem a 2011. évi folyamatokra vonatkozik, mert azok jóval egyszerűbbek, ha szabad ezt mondani, mint azok, amelyek hosszú távon felmerülnek.

Ennek kapcsán azt hadd tegyem nyilvánvalóvá, hogy nem volt ez könnyű, és talán a médiából is látszott, ha szabadna ennyit elmondani, hogy a kormány sem egy ülésben tárgyalta ezt a kérdést. Tehát ismételten visszakerült és úgy született döntés, és számos olyan kérdést körbe kellett járnunk, a benchmarkingot, az európai gyakorlatot, a svéd, egyéb gyakorlatot, a hatóanyag, ár, felkínálás kérdését, és bizony, a hatósági ár kérdését is nagyon alaposan elemeznünk kellett, erre majd röviden még visszatérnék később.

Ennek egyik jelentős kérdése volt az, hogy a szereplők magatartása milyen lesz majd ebben a rendszerben. Nyilvánvalóan két olyan szereplőcsoport van ebben a rendszerben, a gyógyszertárak és a gyógyszerészek, illetve a betegek, akik nem tudják a terheiket továbbhárítani, ők nem tudják a kintlévőségeiket beszédni mondjuk, vagy egyéb módon presszionálni az alattuk álló szereplőket. Tehát őket valamilyen módon célkeresztben kellett tartani, és ez végig, pontosabban inkább azt mondom, hogy a vége felé egyre hangsúlyozottabbá vált annyira, hogy jelenleg a Széll Kálmán döntések közé, abba a 9 pontba utolsóként bekerült az, hogy a 2012. évi költségvetés tervezése során a folyamatos gyógyszertári tevékenység, tehát térben, időben, a folyamatos ellátás biztonsága érdekében is szükséges lépéseket a szakmával ki kell dolgozni.

Ez nagyon nagy dolog, mert előtte a konvergencia restriktív jellege mellett bármifajta kompenzáció vagy ösztönző elhangzása nem volt egyszerű, pedig azt is próbáltuk bemutatni, hogy például pontosan a generikus programban a gyógyszerész részvétele elengedhetetlen. Tehát egy kontraérdekelte gyógyszerész, aki jelenleg sem kínálja fel a hatóanyagcserére az olcsó generikumot, az blokkolhatja a rendszer jelentős részét. Ugyan most a kiemelt és a preferált referenciaársvárral kötelezővé fogjuk tenni egy bizonyos körben kvázi a licit kapcsán elért olcsóbb hatóanyag nem felkínálását, hanem expedálását, és ha jól tudom, a 100 milliárdos generikus kassza belül ez körülbelül annak a 30 százaléka, tehát körülbelül 30 milliárd, de még mindig ott marad az a 70 milliárdos generikus kassza, amit még szintén ösztönzőkkel is, meg kell tudnunk célozni. Hogy ez is működjön, mert legalább akkora volumen az, amit ennek mentén kell befolyásolnunk.

Ennek kapcsán számos olyan kérdés, a magisztrális ellátás támogatása felmerült, mint szempont. Felmerült az, hogy a jelenlegi működési előleg, illetve a kispatikák támogatása, amelyik számításunk szerint körülbelül 270-300 közötti vidéki patikát érint ebben a pillanatban, aki valóban komoly veszélynek néz elébe, ha nem tudja kezelni az adósságait és ennek következményeit, hogy ennek mentén valószínűleg a költségvetés tervezésekor komoly lépéseket kell tenni, hogy ezeket a veszélyeket elkerüljük.

Az felmerülő kérdés, hogy hosszú távon mondjuk a nagyon magas patikaszám, mint tudjuk, és ez az elmúlt időszaknak egy súlyos öröksége rajtunk, mert teljesen fölöslegesen nőtt meg a patikák száma 25-30 százalékkal, és nem a legoptimálisabb elosztásban, hogy ezzel mit tudunk kezdeni. De adott esetben mondjuk a mozgó fiókgyógyszertár-működtetésnek egy preferálása a vidéki kisebb területeken egy kompenzációs lehetőség, ezek mind szóba jönnek akkor, amikor a szakmával szeretnénk az ősz folyamán erről együtt gondolkodni.

Tehát számos olyan elem van ebben, és ezek közül az egyik az árrés kérdése, ahogy ezt felvetette képviselő úr is, ez is felmerült, főleg akkor, ha a későbbiekben az az átsorolás nevű lépés is megtörténik, amikor az igen drága onkológiai, illetve adott esetben pszichiátriai készítmények egy része átkerül a fekvőbeteg-finanszírozásba, akkor rögtön ez a kérdés újra felmerül, de nem most 2011-ben.

A gyógyszerismertetés kapcsán: a jogszabály, a Gyftv. definiálja a 12. § (1) bekezdésében, nagyon érdekes azért elolvasni ezt, hogy a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ismertetése a következőket jelenti: a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök szakmai célú ajánlása, ismertetése, valamint a gyógyszer összetételére, hatására, illetve a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz alkalmazására vonatkozó

kereskedelmi gyakorlat, amely kizárólag a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkezőknek szól, vagy amelyet velük szemben alkalmaznak.

Azt gondolom, ez elég masszívan leszűkíti tulajdonképpen a fogalmazást, és elég egyértelműen megadja azt, hogy miről kellene beszélnünk, és igazából a cél az volt, hogy ezeken a tudományos kongresszusokon, vagy részben amelyek azok is, vagy részben annak hirdetik meg őket, azért ezeket a destruktív elemeket, ha lehet, próbáljuk meg beszűkíteni, és a valódi gyógyszerhasználat és felírás, ismertetés irányába és valódi szakmai értelemben toljuk. Tehát nem megtiltásról van szó, azt gondoljuk, hogy korrekt gyakorlat, ezután is folytatható minden további nélkül, csak jóval transzparensbben.

Nézzünk szembe a lakosság elvárásaival, hogy a lakosság azt éli meg, hogy beül a rendelőbe, vár, vár, vár, akár még időpontja is van, de egyszer csak két-három aktatáskás úr vagy hölgy beszalad előtte a rendelőbe. Egyébként ez tilos, jelenleg ez is rendeleti szinten szabályozott, és ezt sem szankcionálta eddig senki.

Azt is hadd tegyem hozzá, hogy a jogszabály szerint, eddig – ez lehet, hogy nem volt érthető – egy évig lehetett felfüggeszteni a felírási jogosultságot. Tehát most kvázi kedvezőbb helyzet van, azt hiszem, ez képviselő úrnak válasz, ha szabad ezt mondani, hogy tizenkettőre csökkentettük a szankciót a felíró esetében, pontosan ezt a veszélyt látva, hogy adott esetben a vidéki ellátás kapcsán ez okozhat problémákat. De azért ez egy nehéz kérdés. Most mindig a lakosság szemszögéből is látnunk kell ezeket a helyzeteket, amikor ezzel szembenézünk.

A támogatásból kizárás kapcsán is igyekszik a szöveg elég pontosan fogalmazni, hogy akkor teheti ezt meg az egészségügyi, gyógyszerészeti hatósági szerv, amennyiben van annál 50 százalékkal nem drágább alternatíva. Ha nincs, akkor nem teheti meg ezt a lépést. Tehát megpróbált egy ilyen biztonsági szelepet beépíteni a rendszerbe, ezt lehet, hogy még egyszer mi is azért átgondoljuk, hogy ez hogyan pontosítható. Azt azért csak jelzem, hogy legutóbb, amikor még a jogszabály nem volt a birtokunkban és a nem nevesítem eset kapcsán igen magas árcsökkentést lehetett elérni ennek a szankciónak az úgymond „belengetésével”, ha szabad ezt mondani. Ez azért elgondolkodtató, hogy úgy tűnik, ilyen tartalékok vannak a rendszerben. Nem szerencsés, hogy vannak.

Végül egy jelzésként: azt világosan látni kell, hogy a kormány az elmúlt hónapokban nagyon radikális lépéseket tett meg a gazdaság számos területén, a bankszférában, a nagy szupermarket-rendszerekben és egyébként is. Tehát adott esetben bizony, a gyógyszergyártás és –forgalmazás területén is – ami, mint tudjuk a beszámolók alapján, jelenleg is kurrens üzletág – megtehetette volna a kormány azt, hogy radikálisan, mint ahogy velünk ki is dolgoztatta a hatóságiár-rendszer négyfajta elképzelését is, ez mind az asztalon van, mind itt volt az arzenálban, és mind végigtárgyaltuk. Azt gondolom, hogy gyakorlatilag az OEP, a szakma és a gazdasági szereplők együtt próbáltuk a rendszert abba az irányba vinni, hogy ha lehet, ennél egy rendszerszerűbb és a szereplők számára elviselhető folyamatot próbáljunk kölcsönös együttműködéssel beindítani.

Úgy tűnik, hogy ebben kivételesen az egyeztetések során, amelyek nagyon nehezen mentek, ezt elismerjük, de kényszerpályán mozogtunk, viszonylag összhang volt abban, hogy a nagy többség kivétel nélkül ezt díjazta, hogy nem a hatósági ár irányába történt lépés. Az tulajdonképpen egy válságadó lett volna, legyünk őszintén, nyilván az ágazatra, aminél még azt sem mondhatjuk, hogy párját ritkítja, hiszen voltak előzményei.

Tehát ezt mondjuk tegyük hozzá a képhez, hogy mi magunk igyekeztünk ebbe az irányba lépni.

Puskás képviselő úr kérdésére válaszolva, a NET kapcsán ez más kérdésben is felmerült. Igyekeztem jelezni azt, hogy a funkciók megtartása hogyan történjen. Jelenleg is tulajdonképpen a három érdekelt kör – lehet, hogy nagyon leszűkítem a dolgot –, a

menedzsmenti kör, a szakma és a betegszervezetek azok, amelyek általában megjelennek, például most akár a gyógyszerértárgyalások kapcsán, és ezt a három kört lőttük be nagyjából, és itt folyt az a parlamenti egyeztetés. Gyakorlatilag a szakmai kollégiumi rendszernek az alakulása a fenti transzparenciát célzó kritériumokkal próbálja ezt a korábbi időszakhoz képest sokkal aktívabbá tenni. Hihetetlen mennyiségű munkát öntöttünk a szakmai kollégiumokra, aki benne van, az tudja, hogy itt a rendszerkérdés, a progresszivitás kapcsán mi minden vár most rájuk.

Ugyanakkor a betegszervezetek kérdését én magam is problémásnak látom. Én magam is számtalanszor átéltem, hogy leült velem szemben a szakma és a betegszervezet, és akkor a betegszervezet elkezdte vitatni a szakmai protokollban ezt meg azt meg amazt a lépést. Nyilván a betegszervezet adott esetben teljesen világos, hogy a maximális gyógyulás iránt érdekelt, aminek viszont a költségvonzata enormis a másik oldalon, de a hatékonyság, ráfordítási kérdések és egészséghatékonyság területén nyilván pedig a szakmai oldal mereszt kerek szemeket és csodálkozik azon, hogy hogyan gondolja a betegszervezet beleszólni a finanszírozásba vagy a szakmai protokollba. Egészen megdöbbentő szituációkat éltem át, nincs nagyon ez valóban kanalizálva ebben a pillanatban. Nem egészen látom azt, hogy hogyan tudna a szakma és a betegszervezetek ilyen területen úgy együttműködni, hogy az optimális legyen, pláne ömlesztve, de még csak nem is specifikusan, hanem mondjuk en bloc mindenfajta betegszervezet révén, akikkel egyébként nagyon pozitív volt az élmény.

A parlamenti egyeztetés után nekem óriási élmény volt, hogy odajöttek sorban és beszélgettünk arról, hogy ők például a pocskékolás, a betegtársak tanítása, hogy az onkológiai betegek hogyan tudják a betegtársaikat a jó magatartásra tanítani, vagy a kerekesszékes emberek, mint révészek segítik a friss gerincvelő-sérültek életét, szóval hihetetlenül pozitív és fontos szerepük lenne, amit kanalizálni kell. Majd ez később még ide visszajön a betegjogi központ kapcsán.

Az egy hónapról beszéltünk. Heintz képviselő úrnak úgy érzem, megválaszoltam a kérdését a helyi közlekedés ügy kapcsán, utána nézünk a problémának. Csak jelzem, színesként röviden, hogy jelenleg azzal küzdünk, hogy szervezett tevékenység van abba az irányba, hogy csoportokat elhozunk véradásra, és gyakorlatilag aztán a véradás nem következik be, de a jelenlegi jogszabály szerint köteles ilyenkor az OVSZ kifizetni az utazási költséget a véradónak. Busszal érkeznek ezek a csoportok, megkapják az étkezést, az útiköltséget és távoznak, és megosztóznak így a bevételen, ami egészen elképesztő irányba csúszik el jelenleg, döbbenet, és a külföldre járó véradásról ne is beszéljünk, hogy mi mindent lát az ember közelről. Tehát ilyenekkel kell szembenézni az utazási költség kapcsán, ami sajnos, nagyon viszi a kasszát.

A passzív táppénzről beszélt már helyettes államtitkár asszony. A gyógynövények kapcsán elég sok mindenről beszéltünk. Ami itt még egy érdekes kérdés, hogy itt is a szakma masszívan szemben áll azért a versenypiaci igényekkel. A versenypiac azt szeretné, ha mindent szabadpolcon lehetne forgalmazni, nyilván az az ő érdeke, a szakma pedig masszívan szeretné a szakmai szempontokat látni, azt, hogy azért a beteget ne engedjük a pasztillásdobozok között kotorászni, mert abból azért sajnos, a jelen felkészültségi szinten komoly problémák származhatnak.

A gyógytea ilyen szempontból egy fokkal kedvezőbb, hiszen ott nagyon nem lehet toxikus állapotba jutni a kamillateától vagy hasonlótól, de ugyanezek a pasztillák a magyar beteggyakorlat mentén esetleg eltulózva, komoly problémát válthatnak ki. Tehát látja az ember, és nem könnyű, a szakma azt akarja, hogy szó se legyen szabadpolcra, semmi esetben sem, a gazdasági élet pedig majd' lenyom minket a padlóra, hogy hogyan merjük mi a szegény gyógynövényipart így tönkretenni ezzel a rendelkezéssel. Nem könnyű itt egyensúlyozni, és ezek a tárgyalások ezt az irányt próbálják kezelni.

Az áfakérdésről is beszéltem az előbb. A promóció és a házi orvosok kapcsán, az csak egy egészen kicsi zöngé, hogy van egy olyan reménysége a tárcának, most folyik a közigazgatási egyeztetése, hogy hosszú távon a szakdolgozói és az orvosi kötelező képzést támogassa kvázi, egy ciklusban ingyenessé tegye, ami persze nem oldja meg ezt a problémát, de a szándékot jelzi e tekintetben, hogy ez egy érthető probléma.

Tehát nincs akadálya annak továbbra sem, hogy korrekt, rendezett körülmények között történjen a promóció, de a fentiek betartásával.

Ami ennél nagyobb probléma, sajnos, a szakorvosi korrupció, bocsánatot kérek, mert ők rendelik igazából azokat a gyógyszereket, amelyeket aztán a házi orvos kolléga 80 százalékban felír. Én is azt mondom, hogy iszonyú helyzet az, amikor a kollégáink a megélhetésük miatt teszik azt, amit tesznek, és a legdöntőbb kérdés az volna, hogy elszakítani őket ezektől az érdekeltségektől, mert csak akkor lesz a rendszerben igazán hatékonyság, megmozdulás, ha ez megtörténik. Tehát a klinikai életpálya elválasztása a másfajta életpályától többek között ezt is szolgálja.

A marketing kapcsán jogosan vetette fel képviselő úr, hogy gyenge az ellenőrzés minősége. Most egyébként folyik a marketing rendelet módosítása, ahol megpróbáljuk a Gyftv. tavalyi módosításait leképezni rendeleti szinten is, de ehhez kellenek valóban az ellenőrző szervek. A GYEMSZI-be olvasztott OGYI kapcsán is azt reméljük, hogy ez markánsabbá válik a jövőben.

Nagy Kálmán képviselő úr kérdései: a gyógynövény-ügy kapcsán jeleztem, hogy abszolút jogos a felvetés, és nagyon problematikus ez a gyógyszerkódex, hatóanyag- és egyéb szabályozás, és az Európai Uniónak ilyenkor az ember érti a törekvését, és én beszéltem a VM-mel folytatott munkacsoporti tevékenységről.

Szilágyi képviselő úr jelzései kapcsán: a NET-funkciókról veti fel azt, hogy nagyon fontos funkciók lennének ezek, ha valóban működnének. Ezen belül valóban egy komoly probléma számunkra ez a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány működése. Ez jelenleg egy szociális intézményhez van delegálva ebben a pillanatban, az NRSZH nevű szervezethez. Nyilván a célunk az, hogy a betegjogokat előbb-utóbb, sőt inkább előbb ebbe az új betegjogi központba áthozzuk. Őszintén megmondjuk, hogy egy uniós fejlesztési forrás okozza a problémát, amelyik megköti a kezünket, itt a mozgásterünket. Ezt próbáljuk megoldani most ebben a pillanatban, ha ennyit el lehet mondani a háttérrel.

A gyógynövény kapcsán a nemzeti mozgásterről csak annyit, hogy amit most a tárca próbál, maximálisan visszahátrálni abba az irányba, hogy mi az, ami megmaradhat még a gyógyszernek nem minősülő körben. Tehát amikor itt most pontosítunk, és úgy tűnik, még egy lépést meg tudunk tenni, erről folyik még tárgyalás a VM-mel, de valószínűleg még egy lépéssel tovább tudunk hátrálni, aminél csak arra kell vigyáznunk, hogy az Európai Unió azért árgus szemekkel les minket. Nagyon nem szerencsés mondjuk egy ilyen mulasztásos eljárással szembenézni.

Naponta ott dörög az asztalunkon az, hogy mi minden harmonizációnak kell megfelelnünk, de van egy lépéslehetőség még, úgy tűnik, amiről a VM-mel tárgyalunk, hogy továbblépjünk. De igazából nem nálunk pattog a labda, igazából ez iparpolitikai kérdés 80 százalékban, amennyire én látom a dolgot.

Akkor, hogy a betegterhek emelkedése nélkül lehetne-e. Igen, ez egy nagyon nehéz kérdés. Mi azt gondoljuk, hogy ezek a lépések, és akkor még egyszer a preferált referenciaársáv kapcsán, tehát itt arról van szó, hogy a korábbi rendszer helyett gyakorlatilag egy licitet szeretnénk hirdetni, kvázi benne van a jogszabályban, nem egészen így lehet hívni ezt, de hirdetünk egy árversenyt, amelynek a győztesei kerülnek bele ebbe a kategóriába. Ezen sávon belülre, 5 százalékon belülre érkező, tehát ide az árakat csökkentő készítmények esetében írhatók ezek fel emelt és kiemelt kategóriában, illetve közgyógyellátásra. Ami tehát egy nagyon komoly beavatkozás bizonyos szempontból azért a felírási jogosultságban, ez

nem vitás. Elvileg egy normális rendszerben, ahol a betegeknek a generikumoktól való tartózkodása normális, és nem gerjesztett különböző érdekek által, ez önmagában normális folyamat. Tehát ennek kapcsán azt lehet mondani, hogy józan körülmények között a beteget terápiás hátrány nem érheti akkor, amikor készítményt vált. A magyar betegek hihetetlenül merevek, Magyarországon egy brand típusú gyógyszerelés zajlik hatóanyagtípus helyett, tehát ismerjük azt, hogy fantáziánéven futnak a gyógyszerek, és sajnos, ez is a betegeket rosszul köti a rugalmatlansághoz ebben a helyzetben.

Tehát itt egy nagyon komoly, egységes, szakmai média- és kommunikációs háttérrel lehet azt elérni, hogy a betegek ne járjanak rosszabbul gazdaságilag, miközben egészségileg nem kell hogy rosszabbul járjanak ennek mentén. Ez egy nagyon komplex kérdés.

Itt volt szó a különadóról, hogy ez az államháztartás egyensúlyához való hozzájárulás, de ahogy jeleztem, tárgyalások zajlanak a tekintetben, hogy viszont az egyéb forrásokat – ez egyértelműen benne van a Semmelweis-tervben – mind az ágazat használhatja fel, egyéb célokra, döntően és egyértelműen a humán erőforrás megbecsülésére, mert az okozza a legnagyobb problémát országszerte.

Horváth képviselő úr kérdései: a generikus ügyben akkor nagyjából sikerült válaszolnom. Ez miniszteri rendelet szinten bomlik még alább. Azt is hadd jelezzem, hogy igazából október 1-jén történik az első ilyen eljárás, amelynek a másik előnye az, hogy az ilyen gyártónak, aki egy ilyen lépést megtesz, hogy ennyire leviszi az árszintjét, hogy bejusson ebbe a kategóriába, viszont kínálni kell a biztonságot. Azt, hogy a generikus körben egyébként jogilag értelmetlen, egyéb orvoslátogatói kör nem fogja felülmúlni az ő érdekelttségét, és hogy egy évig biztosan, legalább ebben a két körben, a kiemeltben és a közgyógyellátásban ő biztos versenyelőnyt kapjon, hogy ezért az előnyért áldozna ő nagyot az árcsökkentés érdekében.

Tehát ezt jelenti ez az egyéves biztonság-garantálás, ugyanakkor a másik oldalról a nagy árcsökkentés érdekében. Az egyhónapos szankciót pedig már megmagyaráztam, hogy szerintünk ez inkább előre-, mint hátralépés a korábbi egy évhez képest. Köszönöm szépen.

### **Szavazás az általános vitára alkalmasságról**

ELNÖK: Köszönöm szépen. Az első napirendi pont vitáját ezzel lezárom. Nagyon fontos kérdéseket emelt ki a végén helyettes államtitkár úr, népegészségügy, sajtó, és egyéb szerepről, ami a korábbiakban nem szerepelt.

Köszönöm az előterjesztést, a szóbeli kiegészítést, a kérdéseket és a kérdésekre adott válaszokat. Tehát az első napirendi pontunk, az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/3357. számú törvényjavaslat általános vitára való alkalmasságáról döntünk.

Megkérdezném, hogy aki a mai első napirendi pontot követően a törvénymódosítás általános vitára való alkalmasságával egyetért, kézfelemeléssel jelezze! *(Szavazás.)* 16 igen. Aki nem ért egyet? *(Szavazás.)* 1 nem. Aki tartózkodott? *(Nincs jelzés.)* Nincs.

Köszönöm szépen. Tehát megállapítom, hogy általános vitára alkalmasnak minősítette a bizottság az előterjesztést.

Miután a házelnök úr által egyedül kijelölt bizottság vagyunk, szeretném kérdezni, hogy ki vállalja a bizottságból a kisebbségi vélemény elmondását a parlamentben. *(Dr. Horváth Zsolt: Ez adott! – Derűltség.)* Szilágyi képviselő úrra esett a választás. *(Derűltség.)* A többségi vélemény ismertetésére Horváth Zsolt képviselő urat kérnénk meg. Köszönöm szépen.

### **Egyebek**

Ezzel az első napirendi pontot lezárom. Tájékoztatásul szeretném a bizottsággal közölni, hogy a plenáris ülésen az általános vitára a jövő héten kedden, június 7-én, két

részletben kerül sor. Előreláthatólag mához egy hétre, ugyanebben az időpontban tudunk a módosító indítványokról tárgyalni, mert éjfélig lesz a módosító indítványok beadásának a határideje, tehát reggel 10 óráig ezt nem valószínű, hogy tudjuk biztosítani. Tehát a bizottság előrelátható ülésének időpontja mához egy hétre, szintén délután 14 órakor lenne.

A két részlet közben egy szünet lesz. Az általános vita szünetében az ellenőrző albizottság ülésére kerül sor, Horváth Zsolt elnök úr vezetésével.

Szeretném még a bizottságot tisztelettel tájékoztatni, hogy a tegnapi napon, május 31-én volt a dohányzásmentes világnap, melyen az ÁNTSZ, az OTH, az Egészségfejlesztési Intézet és a WHO Magyarországi Irodája közösen tartott sajtótájékoztatót. Szilágyi képviselő úr elhagyta már a bizottsági ülést, ő a tegnapi és a tegnapelőtti napon az uniós népegészségügyi szakértői konferencia gödöllői ülésén részt vett. Köszönöm szépen mindenkinek a jelenlétet, ezzel a mai bizottsági ülést bezárom.

*(Az ülés befejezésének időpontja: 16 óra 17 perc)*

**Dr. Kovács József**  
a bizottság elnöke

**Jegyzőkönyvvezető:** Pavlanszky Éva