



Ikt.sz.: EGB/86-1/2012.

EGB-23/2012. sz. ülés
(EGB-73/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2012. november 21-én, szerdán, 11 óra 06 perckor
az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (1139 Budapest, Váci út 73/a.) tanácstermében
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Tájékoztató az egészségbiztosításról és a megújult Országos Egészségbiztosítási Pénztár tevékenységéről az elmúlt két évben</i>	5
Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) szóbeli tájékoztatója	6
Dr. Gajdácsi József főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása	8
Kiss Zsolt főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása	12
Dr. Hegyes Enikő főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása	14
Dr. Bogdán Zsuzsanna főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása	15
Árki Kornél főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása	17
Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) kiegészítése	18
Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) véleménye	20
Kérdések, vélemények, észrevételek a bizottság tagjai részéről	23
Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) válaszai az elhangzottakra	34
Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai az elhangzottakra	37
Dr. Gajdácsi József főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai	39

Napirendi javaslat

1. Tájékoztató az egészségbiztosításról és a megújult Országos Egészségbiztosítási Pénztár tevékenységéről az elmúlt két évben

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

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

Dr. Gyenes Géza (Jobbik), a bizottság alelnöke
Dr. Bene Ildikó (Fidesz), a bizottság alelnöke
Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)
Szilágyi László (LMP)
Baracskai József (független)

Helyettesítési megbízást adott

Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz) dr. Bene Ildikónak (Fidesz)
Dr. Heintz Tamás (Fidesz) dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz) dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)
Dr. Ódor Ferenc (Fidesz) dr. Szabó Tamásnak (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz) megérkezéséig dr. Kupper Andrásnak (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Nagy Kálmánnak (KDNP)
Tukacs István (MSZP) dr. Garai István Leventének (MSZP)

Hozzászólók:

Dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma)
Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Gajdácsi József egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Kiss Zsolt főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Hegyes Enikő főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Bogdán Zsuzsanna főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Árki Kornél főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)

(Az ülés kezdetének időpontja: 11 óra 06 perc)

Elnöki bevezető, a napirend elfogadása

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Választási lehetőségként jó reggelt vagy jó napot kívánok mindenkinek. Az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának kihelyezett ülésén az Országos Egészségbiztosítási Pénztár épületében és tanácstermében. Kovács József vagyok, az Egészségügyi bizottság elnöke. Itt az asztal körül az Egészségügyi bizottság tagjai, alelnökei foglalnak helyet. A bizottság tagjai, ha elfoglaltságuk engedi, szeretik a kihelyezett bizottsági üléseket, melyre több alkalommal volt már példa, amikor a helyszínen tájékozódhatunk és ismerkedhetünk meg a kollégákkal, illetve az adott terület problémáival.

Nagyon köszönjük Sélleiné Márki Mária főigazgató asszonynak a meghívást, melynek nagyon szívesen tettünk eleget. Főigazgató asszony bizottsági üléseinken rendszeres résztvevő, több alkalommal hallhattunk tőle előadás, tájékoztatás formájában az éppen aktuális felméréseik, intézkedéseik eredményeiről.

Tisztelettel köszöntöm főigazgató asszonyt és a napirend előadásában közreműködő, illetve a bizottsági ülést figyelemmel kísérő valamennyi munkatársát. Köszöntöm a bizottság üléseire állandó meghívásban részesített szervezetek képviselőit, a sajtó munkatársait, a köztisztviselői kamarák képviselőit.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes, ennek megfelelően a formális, házszabályi rendelkezéseknek megfelelő bizottsági ülést tudunk tartani. Az ülést ezennel megnyitom.

Egyetlen napirendi pontot küldtünk ki a bizottsági meghívóban: Tájékoztató az egészségbiztosításról és a megújult Országos Egészségbiztosítási Pénztár tevékenységéről az elmúlt két évben.

Mindenki ismeri és megkapta előzetesen az ülés napirendjét. A bizottság határozatképes. A bizottsági ülés előtt megkérdezem, hogy aki a kiküldött napirendi pontot elfogadja, kérem, kézfelemeléssel erősítse meg a napirend elfogadását. (Szavazás.) Köszönöm szépen.

Tájékoztató az egészségbiztosításról és a megújult Országos Egészségbiztosítási Pénztár tevékenységéről az elmúlt két évben

A bizottság tagjaihoz főigazgató asszony által kiküldött írásbeli anyagot tegnap eljuttattuk, remélem, ehhez többen hozzájuthattunk és előzetesen is tudtunk tájékozódni.

A mai napirendünk keretében határozathozatalt nem tervezünk, azonban az ülés végén, ha a bizottság úgy látja, az egészségügyért felelős államtitkárság figyelmét külön is fel kellene hívni az itt elhangzottakra, erre levélben lesz lehetőségünk.

Az ülést megtisztelti jelenlétével Cserháti Péter helyettes államtitkár úr, az EMMI egészségügyi államtitkárságáról. Tájékoztatásképpen szeretném elmondani, hogy Szócska államtitkár úr előzetesen azért mentette ki magát a mai ülésről, mert a mai kormányülésen az egészségügyet érintő kérdésekben miniszter úrral együtt vesz részt.

Mindenkit nem fogok tudni név szerint köszönteni, de engedjék meg, hogy nagy tisztelettel köszöntsem Paller Judit országos tisztifőorvos asszonyt és jelen lévő munkatársait, szakértőinket és mindenkit, aki a mai ülést jelenlétével megtisztelti.

Egy kicsit hosszúra sikerült a megnyitó. Ezt követően megadom a szót a mai napirend előadójának, Sélleiné Márki Mária főigazgató asszonynak. Főigazgató asszonyt illeti a szó!

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

DR. SÉLLEINÉ MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár):
Tisztelt Elnök Úr! Alelnök Asszony! Alelnök Úr! Tisztelt Helyettes Államtitkár Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok és Valamennyi Jelenlévő! Nagy megtiszteltetés számunkra, hogy az Országgyűlés Egészségügyi bizottsága az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál tartja kihelyezett ülését, egy külön ülésen hallgatja meg a mi tájékoztatónkat, és véleményt mond a munkánkról.

Sokat gondolkodtunk azon, hogy hogyan tudnánk a legmegfelelőbben bemutatni, hogyan végezzük a feladatainkat, hová érkezünk a szervezeti kultúránk megerősítésében és vissza tudjuk adni azt a feladatközpontúságot, amelynek figyelembevételével végezzük nap mint nap a munkánkat.

A célunk az, hogy minél több információt adjunk és a lényegkiemelés megőrzése megtörténjen. Ennek érdekében döntöttem úgy, hogy egy felépített rendszerben a munkatársaim bevonásával tartom meg a tájékoztatómat. Mi az OEP feladata, és mit végeztünk az elmúlt két évben?

A rendszerbe foglalás érdekében az első ábrán a törvényhozás és a kormányunk által meghatározott társadalmi alapelveket jelenítjük meg, nevezetesen társadalmi kockázatközösségen alapuló szolidaritáselv, kötelező és jövedelemarányos állami egészségbiztosítás, a betegek érdekeinek, az ügyfelek érdekeinek az érvényre juttatása. Esélyegyenlőség a hozzáférésben, biztosítani a beteg, az ügyfél számára az egyenlő esélyű hozzáférést minden ellátáshoz, transzparencia és közérthető kommunikáció, és mindezek OEP-vetülete, a hatékony forráselosztás és kontroll, a költségvetési lehetőségek alapján érvényre jusson a minőség, hatékonyság, esélyegyenlőség kölcsönhatása és optimális egyensúlya.

Mit értünk esélyegyenlőség alatt? A nagyon sokszor emlegetett hozzáférésnek az esélyegyenlőségét, térben, időben, szervezett betegúttal. Mit értünk minőség alatt? Orvosszakmai technológia, megbízhatóság, betegelégedettség, standardizált minőségirányítás. És mit értünk hatékonyság alatt? Közgazdasági értelmezésben a rendelkezésre álló pénzeszköz a legnagyobb egészségnyereséget hozza, természetesen ehhez folyamatos monitorizálás kapcsolódik, a szükségletek és a szakmai lehetőségek, valamint az ehhez kapcsolt pénzügyi lehetőségek összhangjának megteremtését. Természetesen a három alapelv optimális egyensúlyának a biztosításában a meghatározó szerep a szakmapolitikai, egészségügyért felelős államtitkárságé, de vannak részkompetenciák, amelyek az OEP-re hárulnak és folyamatosan végezzük.

Világos és egyértelmű célokat határoztunk meg, amikor én magam 2010-ben elkezdtem a feladatokat. Ezeket a világos és egyértelmű célokat, amit mind a központi hivatalon belül, mind pedig kifelé szeretnénk képviselni, és azt gondolom, hogy képviselünk is, beteg-, ügyfél- és szolgáltató-centrikusság, a szolgáltatókkal való egyértelmű és nagyon szoros együttműködés az alapellátástól a patikáig hangsúlyosan. Ugyanilyen hangsúlyos együttműködés az orvosszakmai vezetéssel, az orvosszakmai szervezetekkel, vagy tovább sorolhatnám, a gyógyszervonalon a gyógyszergyártókkal és azok szakmai szervezeteivel.

Közigazgatási hivatali fegyelem, stabilitás elérése, a hivatali és államigazgatási orientáltság mellett feladatorientáltság, maximális megoldáskereső hozzáállással, és mindezt dinamikus és rugalmas válaszkészség mellett szeretnénk megvalósítani.

Az egészségügyi rendszerben hol helyezkedik el az OEP? Jól látjuk, hogy végrehajtói funkcióban és a döntés-előkészítésekben van jelentősége és szerepe, a jogszabályok meghatározzák azokat a végrehajtói feladatokat, amit pontosan, precízen az államigazgatás központi hivatalaként végre kell hajtanunk.

A megvalósítás első intézkedéseit megtettem, nevezetesen centralizált irányítás megteremtése a szabályozott működés és rend érdekében, szakmailag kompetens, elkötelezett vezetők kiválasztása, a szakterületi specialisták megerősítése, a szakmai önállóságuk hangsúlyozásával. Új vezetői információs rendszer kialakítására került sor, nevezetesen a felesleges bürokratikus elemeknek a kiiktatása, a belső együttműködés, a főosztályok közötti együttműködési képesség kialakítása és ennek működtetése, és nagyon fontos számunkra a külső és belső kommunikáció erősítése.

A jelenlegi szervezeti felépítésünket mutatja be ez az ábra, ami jelenleg érvényben van, amely már tartalmaz létszám-racionalizálást, feladatkoncentrációt és feladategyszerűsítési folyamatokat is. A jelenlegi szervezeti felépítésünk három fő tömbre osztható: a szakmai tömb az első két oszlop, az informatikai tömb és az úgynevezett közigazgatási regisztrációs és funkcionális területeket magában foglaló tömbök. A szakmai tömb a természetbeni ellátások finanszírozása és ellenőrzése, a pénzbeli ellátások finanszírozása és ellenőrzése, nyilvántartás, ami maga a TAJ-szám nyilvántartást és ahhoz kapcsolódó feladatokat jelenti, a nemzetközi kapcsolatok és a nemzetközi feladatok elvégzését és a stratégiai elemzés és döntés-előkészítés feladatait.

Az informatikai tömb kétharmad részben a szakmai feladatellátás támogatását végzi. Országosan működő programok folyamatos és biztonságos működtetése, felügyelete és esetenként fejlesztése is a feladatuk. Gyakorlatilag az informatikai tömb mellett lévő két rész úgy fogalmazhatnánk, hogy a funkcionális egységek, amelyek szorosan végeznek azért minden egyes területet illetően szakmai feladatokat is.

A következő ábrán szeretném önöknek bemutatni, hogy gyakorlatilag országos hálózattal rendelkezünk. 2011. január 1-jétől működtetjük ezt az országos hálózatot, ami jelent 7 területi hivatalt és megyei jelenlétet. Fontosnak tartjuk, hogy országosan egységes irányítás, egységes elvek, módszertan és ellenőrzési metodikák, kontrollmechanizmusok alapján működünk. A regionális szervezetségünk előnyeit és a megyei jelenlét előnyeit jól ki tudjuk használni a közvetlen kapcsolattartással a szolgáltatókkal ezen a szinten.

Ezen az ábrán szeretném önöknek bemutatni, hogy hogyan alakult az OEP létszámadata 1993-tól kezdődően. Jól látszik, hogy a feladatok bővülésével, csökkenésével, különböző tendenciák érvényesülésével hogyan változott meg az OEP létszáma, és ma hol tartunk, 1435 fő egy komoly integráció után, hiszen maga a kormányhivatali integráció 1900 fő elkerülését jelentette az OEP-től, és ma 1435 fővel látjuk el feladatunkat.

Ennek a létszámváltozásnak a működési költségre való hatását mutatja be ez az ábra, amely a működésre fordított kiadások, az E. Alap összes kiadásában jelennek meg. Én a magam részéről ezt tájékoztatásul és egy irány és tendencia levonására jelöltem ki, hogy ez megjelenjen a mi anyagunkban.

A közigazgatás átalakítása során 2011. január 1-jével változás történt az államigazgatás rendszerében, létrejöttek a kormányhivatalok, amely érintette az OEP feladatát is. A pénzbeli ellátási és nyilvántartási operatív feladatok az ehhez kapcsolódó ügyfélfogadási rendszerrel a kormányhivatalba integrálódtak. *(Megérkezik az ülésre dr. Zombor Gábor.)* Gyakorlatilag ez jelenti azt, hogy az OEP és az OEP főigazgatója, tehát elsősorban az OEP-nél lévő szakmai főosztály ellátja a megyei egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervek szakmai irányítását, felügyeletét, szakmai ellenőrzését. Én magam elmondhatom, hogy az együttműködés a kormányhivatalokkal zökkenőmentesnek mondható, és megfelelő módon egymással kommunikálva, egymással koordinálva a feladatunkat el tudjuk látni egy közös, úgymond megegyezéses alapon.

2011. január 1-je után, amikor ez a közigazgatási integráció megtörtént végső soron, akkor alakult ki ez az OEP szervezeti felépítés, ami területi integrációt jelentett a mi feladatellátásunkban is. Megszűntek a regionális központok, és egy egészen más, egyirányú,

centralizált irányítás és decentralizált végrehajtásnak az elvét érvényesítettük annak érdekében, hogy a szolgáltatókkal egy közvetlen kapcsolatot tudjunk ellátni.

Az OEP alapfeladatai röviden: az Egészségbiztosítási Alap kezelése, nyilvántartása gyakorlatilag, és a vele való, az Egészségbiztosítási Alappal való elszámolás az alapfeladatunk. Ennek az első és legfontosabb feladatsora az egészségügyi szolgáltatások és a pénzbeli ellátások finanszírozása, valamint az egészségügyi szolgáltatások árához nyújtott támogatás, a gyógyszer, GYSE. A kapcsolódó feladatok a szerződéskötéstől a szakmai ellenőrzésig, illetve ezeknek a háttéradatai, jogviszony-nyilvántartás, kódkarbantartás, technológiai és kapacitásbefogadás. Természetesen ezek csak a legfontosabb feladatok, és kiemelésekkel gondoltuk.

Az ezekhez a feladatokhoz tartozó számok ma az E. Alap eredeti kiadási főösszege 1735 milliárd, gyakorlatilag ennek az elszámolását, nyilvántartását, utalását stb. végezzük. Néhány naturális mutató: 20 ezer szerződésünk van, 20 ezer szerződő partnerünk, akivel valamilyen módon szerződést kötünk, aki jelentést küld, a jelentését elszámoljuk, utaljuk részére a pénzeszközt, és helyel-közzel bizonyos időszakonként ellenőrizzük is. Az elszámolási tételek nagyságrendjét jól bizonyítja, hogy 350 millió elszámolási tétel van évente, ebből csak kiemelem azt a jól ismerhető számot, hogy 150 millió a vény, amit feldolgozunk, és úgymond az alapján történik a patikák finanszírozása. A befogadási kérelmek száma átlagosan 1000-ben határozható meg.

Röviden bemutatjuk az eredeti kiadási főösszeget, nem gondoltam, hogy végigmegyek rajta, hiszen az E. Alapról minden alkalommal az Egészségügyi bizottságnak is beszámolok, illetve tudom, hogy önök is gyakran foglalkoznak az E. Alap kiadási főösszegének, és azon belül a különböző jogcímeknek az alakulásával. Minden alkalommal rendelkezésre állnak ezek az adatok, mind a MÁK, mind pedig a mi honlapunkon, most is a legutolsó adatok rendelkezésre állnak. De azért a nagyságrend érzékelődik. Talán annyit, hogy a pénzbeli ellátás 555 milliárdjából 200 milliárd az, ami a hagyományos OEP-es pénzbeli ellátás, a 350 milliárd nagyságrend a rokkantsági és rehabilitációs ellátások, ami az idei évtől került az E. Alap kezelésébe. Ez egy technikai kezelést és elszámolást jelent részünkre.

Nagyon szerettem ezt a táblát, vannak nekem is kedvenc tábláim, szerettem volna a gyógyszerről is többet megjeleníteni, de aztán a kollégáim lebeszéltek, és ezt az ábrát azért ajánlom mindig, mindenkinek a figyelmébe, mert jól példázza, hogy milyen költségvetési pozíciók mellett végezzük a feladatunkat. Nevezetesen, hogy a biztosítottak 3 millió 893 ezer fő, aki járulékot, adót fizet, és aki után járulékot, adót fizet a foglalkoztatója és a munkáltatója, és aki jogosult igénybe venni az E. Alap szolgáltatásait, az a 9 millió 617 ezer. Ez 2011-es szám. A 2012-es számban a befizetők, a biztosítottak száma emelkedett, éppen a legutolsó adatokat néztem meg, természetesen a jogosultak száma nem a TAJ-kártyákat jelenti, hiszen TAJ-kártya jóval több van a forgalomban, de erről majd fognak hallani a munkatársaim előadásában.

Ahogy említettem, szeretnék egy komplex rendszerben egy tájékoztatót tartani, és ennek érdekében a munkatársaimat megkértem, hogy egy-egy részfeladatot illetően ők is vegyenek részt ebben a tájékoztatásban, úgyhogy megkérem Gajdácsi József főigazgató-helyettes urat, hogy a természetbeni ellátásokról tartsa meg tájékoztatását és rövid előadását.

Dr. Gajdácsi József főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása

DR. GAJDÁCSI JÓZSEF főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok! Az előadásban az én tisztetem a természetbeni ellátásokhoz kapcsolódó feladatok megjelenítése. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár fő feladata a természetbeni ellátásokkal kapcsolatos finanszírozási és ellenőrzési tevékenységek végzése. Fontosnak tartom kiemelni, hogy az OEP az európai

gyökerekkel és tradíciókkal rendelkező egészségbiztosítási irányelveknek megfelelően – mint ahogy már főigazgató asszony is említette – pontosan definiált alapelvek mentén működik. Az egészségbiztosítói célkitűzéseknek megfelelően az OEP küldetése ez alapján pontosan megfogalmazható.

Az ország teherbíró képességének figyelembevételével a szolidaritásalapú társadalombiztosításnak kell érvényesülnie, mégpedig úgy, hogy a betegek azonos klinikai állapot mellett egyenlő eséllyel juthassanak vagy jussanak azonos diagnosztikus és terápiás lehetőségekhez. Természetesen a rendelkezésre álló költségvetési forrásainkat hatékonyan kell felhasználni a mindenkor érvényes szakmai és finanszírozási elveknek megfelelően, és természetesen úgy, hogy a betegellátás mindvégig folyamatos és biztonságos legyen.

Nemcsak hazánkban, hanem a fejlett országokban is nagy kihívást jelent a rendkívül költséges új technológiák megjelenése, melyeknél gyakorlatilag a ráfordított költségek sokszor nem állnak arányban a valódi egészségnyereséggel. Ezért rendkívül fontos, hogy körültekintően és megfelelő technológiai értékeléssel rendelkezünk, akár csak más országok. Természetesen annak érdekében, hogy a rendelkezésre álló forrásainkat valóban a költségekkel arányos, egészségnyereséget produkáló egészségügyi szolgáltatásokra tudjuk fordítani.

Engedjék meg, hogy néhány gondolatot megosszak önökkel a nemzetközi gyakorlatra épülő befogadási alapelvekről. Az ábrán az egészségtechnológiák egészségbiztosítási finanszírozásba kerülésének hierarchiáját láthatjuk. A legszélesebb kör a szabályoktól mentes egészségtechnológiák összessége, mint például ide lehetne sorolni a kézrátételt is akár. A második szinten azon technológiákat próbáltuk megjeleníteni, melyek mögött már igazolt és bizonyított evidenciák vannak, a szakma által elfogadottak, a szakmai irányelveknek megfelelőek, alkalmazhatóak, hatásosak és természetesen biztonságos technológiának minősülnek.

Ezen egészségügyi technológiák közül csak azok kerülhettek vagy kerülhetnek a társadalombiztosítási támogatásba vagy finanszírozásba, amelyek hiánypótlóak, illetve egyértelműen igazolt az egészségnyereségük mind individuális, mind populációs szinten, vagy a már társadalombiztosítási támogatásba befogadott technológiához képest jobb klinikai eredményt tud produkálni, vagy a már hasonló terápiás eredményt produkáló befogadott terápiához képest kedvező költséggel bír, olcsóbb, költséghatékonyabb.

Főigazgató asszony megfogalmazta gyakorlatilag a stratégiai célokat. Szeretném ezt a természetbeni ellátások vonatkozásában megjeleníteni. Fontosnak tartjuk az eddigi eredmények tükrében a biogenerikus verseny fenntartását, természetesen fontosnak tartjuk az új diagnosztikák, terápiák kontrollált befogadását, hiszen az egészségügyi rendszer nem egy statikus, hanem dinamikusan változó környezet.

A finanszírozási protokollok kialakításával és ellenőrzésével a felhasználást racionalizálni kívánjuk, és természetesen egészségbiztosítói cél, hogy az orvosok, szolgáltatók valódi érdekeltiségének az érvényre juttatását elősegítsük és új kockázatkezelési technikákat, garanciákat vezessünk be.

Az OEP természetbeni ellátásával kapcsolatban három szakterület foglalkozik alapvetően: a finanszírozás, az ártámogatás és a szakmai ellenőrzés. Mind OEP központi hivatalként, mind területi hivatalként szorosan kiveszik a kollégák a feladatukat ezen területek munkájából.

Színekké próbáltam jelölni az intézményi hierarchiában betöltött dominanciát. Míg a finanszírozásban és az ártámogatásban elsősorban egy központi dominancia áll fenn, addig a szakmai ellenőrzésben egy központi koordináció mentén egy területi, szolgáltatóközeli dominancia érvényesül. Az ártámogatás vonatkozásában, a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és a gyógyászati ellátások vonatkozásában mind az OEP központ, mind a területi hivatal fontos tevékenységet végez. Ezek szorosan összefüggenek, azonban egyébként

elkülönülnek is. Amíg központilag elsősorban a jelentés-elszámolás, utalványozás, kifizetés, a befogadás, az egyedi méltányossági ügyek kezelése, a közgyógyellátás másodfokú szakhatósági állásfoglalásának ügyintézése mentén történik, addig a területi hivataloknál elsősorban a szolgáltatói kapcsolattartás, a szerződéskezelés és –módosítás, valamint a vényírás-szerződés-kezelés és a vényelszámolási korrekciók történnek.

Szerettem volna érzékelteni a súlyozottságát a két területnek, amíg a központban elsősorban a jelentés-elszámoláshoz kapcsolódó 350 milliárd forint jelentés-elszámolást végzik, addig a területi hivatalok vonatkozásában a szolgáltatói szerződésszámot próbáltam érzékelteni a dia jobb sarkában.

Az ártámogatás analógiájára a finanszírozásban is kettősség érvényesül az OEP központ és a területi hivatal vonatkozásában. Mind az OEP központnál, mind a területi hivatalnál a tevékenységek szorosan összefüggenek, de egyébként lehatárolhatóak. Amíg a központban szintén a jelentés-elszámolás, utalványozás, kifizetés az elsődleges, a befogadás, kódkarbantartás és a speciális finanszírozás mellett, addig a területi hivataloknál – hasonlóan az ártámogatáshoz – a szolgáltatói szerződéskezelések és módosítása az irányadó a szolgáltatói kapcsolattartás mellett.

Szintén a szolgáltatók számosságát az ábra jobb oldalán próbáltam érzékelteni.

Az orvosszakértői tevékenységek vonatkozásában az OEP központban elsősorban a szakmai ellenőrzések előkészítése folyik, az ellenőrzés területi, illetve a felülvéleményező hálózat koordinációja folyik a finanszírozási protokollok készítése és az orvosszakértői tevékenységek másodfoka mellett. A területi hivataloknál az 1200 milliárd forint természetbeni ellátás szakmai kontrollja operatív szintű szolgáltatói ellenőrzésekben nyilvánul meg, orvosszakértői tevékenységek végzésében és a keresőképtelenségi felülvéleményezésben.

A szervezeti kultúránk bemutatását követően szeretnék négy területről egy kicsit részletesebben beszélni. Ezek a finanszírozási protokollok, a speciális finanszírozás, a szakmai alapú jelentési rendszer és a szakmai ellenőrzés.

2010-ben célul tűztük ki, hogy egységes elveken alapuló finanszírozási protokollokat készítsünk. Jelenleg 20 finanszírozási protokoll hatályos, 20 finanszírozási protokoll pedig a szakmapolitika asztalán van kihirdetés előtt. Kollégáim a nemzetközi gyakorlatoknak megfelelően 150 milliárd forint finanszírozott egészségügyi szolgáltatást vizsgáltak át, elemeztek le. Néhány példát hadd említsek. Az eddig hatályosak közül például a csontritkulás vagy nagyobb onkológiai kórképek, onkohaematológiai kórképek vonatkozásában van hatályos finanszírozási protokoll, és természetesen tervezettként, az OEP honlapján is megtalálhatóan a népegészségügyi relevanciával bíró kórképek, mint a szívizominfarktus, az agyérkatasztrófák vonatkozásában jelentős stroke vagy a II. típusú diabétesz diagnosztikájára és kezelésére vonatkozó finanszírozási protokolltervezetek megtalálhatóak.

Egy példát szeretnék mutatni a finanszírozási protokollra. Elsődleges célunk az volt, hogy országosan egységes diagnosztikus és terápiás algoritmust adjunk a szolgáltatói kör számára, amely vonatkozásában a finanszírozó számára jelentőséggel bírhat a sokszor indokolatlan, nagy értékű terápiák visszaszorításában. De van egy másik célunk is a finanszírozási protokollokkal, hogy az egyébként szolgáltatói körben indokolt és szükséges terápiák vonatkozásában az alulkezeléseket és a nem megfelelő terápiákat is kiszűrjessük.

Néhány szót a speciális finanszírozásról. A speciális finanszírozás körébe tartoznak a nagy értékű gyógyszerek, nagy értékű eszközök és nagy értékű eljárások. A nagy értékű gyógyszerek összességét – ezen speciális finanszírozási formán belül – és a nagy értékű eszközök egy részét az OEP központilag szerzi be és természetben biztosítja az intézmények számára, kvázi TVK fölött. A nagy értékű eszközök többi részére és a nagy értékű eljárásokra pedig TVK felett az OEP pénzügyi keret ad az intézmények számára, összesen 67,5 milliárd forint értékben.

Néhány példát említettem, ez jól demonstrálja a speciális finanszírozás tárgykörét.

A szakmai alapú jelentési rendszerről hadd szóljak néhány szót. Régóta elvárt igény merült fel a szakma részéről, miszerint az eddigi teljesítményjelentéshez képest szakmai tartalmú adatok jelentésére is sor kerüljön, amely tartalmazza a finanszírozási protokollok mellett a szakmai protokollban meghatározott klinikai eredményeket is. Miért fontos ezen típusú jelentési rendszer alkalmazása?

A szakma számára elsősorban azért, hiszen tudományos kutatáshoz felhasználható mennyiségű és minőségű adatokhoz juthatnak retrospektív analízis révén, illetve intézményi szinten a betegek utánkövetésének lehetőségére nyílt lehetőség. A finanszírozó számára azért fontos ezen jelentési rendszer működtetése, hiszen a társadalom és a politika felé világos és érthető eredményességi, költséghatékonysági adatokat tud bemutatni.

Nagyon fontosnak tartjuk a szakmai kollégium tagozataival történő szoros együttműködést, mind a jelentési rendszerünk szakmai tartalmának frissítésében, mind pedig a finanszírozási protokolljaink fejlesztésében. Miért is?

Azért, mert szakmai alapú, kontrollált, költségtudatos és hatékony betegellátást szeretnénk az országunkban.

2012 februárjában kellő nehézséggel, de most már azt gondolom, hogy gördülékenyen kialakítottuk a szakmai alapú jelentési rendszerünket számos kórkép vonatkozásában, amelyek nagy értékű gyógyszeres terápiát érintettek. Ez egy online jelentő felület, az intézmények orvosai tölthetik fel a betegek adatait. Számos betegséget találhatunk ebben a körben, de kiemelném például a biológiai terápiák kezelésében érintett Crohn-betegséget, colitis ulcerosát vagy a rheumatoid arthritist vagy van számos onkológiai kórképre is.

Minden szabály akkor értelmezhető jól, ha van mögötte szakmai kontroll. Azt gondolom, hogy meg kell fogalmaznunk az alapelveket. Minden feleslegesen felhasznált forrás mások egészségjavulásának az esélyét csökkenti. A szakmai ellenőrzésünknek fő feladata, hogy a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások és szolgáltatók köréből a fiktív ellátási összegeket kiszorítsák, illetve a szakmailag indokolatlan, szükségtelen terápiákat megszüntessék.

A szakmai ellenőrzésnek három vertikuma van: egyrészt ellátási, szakmai és földrajzi vertikum.

Szeretnék egy példát mutatni az ellátási vertikumra. A táblázat bal oldalán láthatóak az ellátási típusok, illetve a finanszírozott egészségügyi szolgáltató egységeknek a száma. Emellett látható az éves ellenőrzésre javasolt szolgáltatók aránya. Szeretnék országos szempontok alapján minél szélesebb körű merítést végezni az ellenőrzés során. A táblázat utolsó oszlopában található meg az éves bázisterv teljesítettsége, amely számunkra egy mutató, hogy a következő ellenőrzési terv kialakítása során hová helyezünk nagyobb hangsúlyt, illetve honnan kell elvenni a hangsúlyos részekből.

A szakmai ellenőrzés szakmai vertikumára is mutatnék példát. Sokszor a nemzetközi gyakorlattól eltérő forgalmakat detektálunk az elemzéseink során, és nagyon jól látható, hogy az országos ellenőrzést követően sokszor az indokolatlan, illetve szükségtelen terápiák visszaszorulnak vagy egy kellő, szakmailag indokolt mederbe mennek át.

Végezetül, de nem utolsósorban szeretném az eredményeket összefoglalni a finanszírozás, ártámogatás és ellenőrzés területén. Azt gondolom, hogy a finanszírozás területén az elmúlt időszakban az egyik legnagyobb eredmény, hogy vége van a floppys jelentési korszaknak, beindult minden szolgáltatási típusra az e-jelentés. Az elszámolási időt sikerült egységesíteni két hónapra, illetve idéntől a szakmai alapú jelentésrendszer gyakorlatilag működőképesen üzemel.

Az ártámogatás területén kiemelném, hogy a generikus gyógyszerpiaci versenyt élénkítettük, a vaklicitet bevezettük, és eredményesen működtetjük a szakmapolitika vezetésével.

Az ellenőrzés oldaláról azt kell elmondanom, hogy mind a finanszírozási, mind az ellenőrzési protokollokat próbáljuk transzparenssé készíteni, és természetesen a jövőben is készíteni fogjuk. Országosan egységes módszertan alapján építettük ki a szakmai ellenőrzési hálózatunkat.

Konklúzióként elmondhatom, hogy a gyógyszerek, eszközök és eljárások transzparens eredményalapú, költségtudatos követésére így lehetőség nyílik, illetve kardinális jelentőséggel bírhat a szakmai irányelvek és az új finanszírozási irányok kijelölésében. Köszönöm szépen a figyelmüket, és átadnám a szót Kiss Zsolt főosztályvezető úrnak, aki a várólista-nyilvántartásról és a HR-monitoringről tart egy beszámolót.

Kiss Zsolt főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása

KISS ZSOLT főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Alelnök Asszony! Alelnök Úr! Tisztelt Képviselő Urak! A következő néhány dián azt szeretném önöknek bemutatni, érzékeltetni, hogy hogyan is hasznosíthatók az OEP-nél rendelkezésre álló adatregiszterek, egészségügyi adatok.

Az egyik ilyen jó példa, nemrégiben indultunk vele, az országos várólista-nyilvántartás bevezetése. 2007 óta kötelező minden intézménynek várólistát vezetni, egyrészt a kormányrendeletben meghatározott műtéti csoportok esetében, másrészt pedig minden olyan esetben, ahol a várható várakozási idők 60 napnál hosszabb időre nyúlnak.

Azt tudom mondani, hogy jelen pillanatban minden várólista vezetésére a törvény által kötelezett intézmény ezt az online országos nyilvántartási rendszert használja egységesen.

Nagyon fontos szempont volt ez számunkra, mert korábban az EBF-től vettük át a feladatot. Az átvétel során azt tapasztaltuk, hogy az EBF azzal, hogy TAJ-szintű adat kezelésére nem volt jogosult, egy olyan nyilvántartást tudott nyilván csak felépíteni, amely csak a betegszámot és a várakozási idők tulajdonképpen kontroll nélküli összesítését tartalmazhatta. Célunk volt tehát az, hogy egy olyan rendszert hozzunk létre, amely országosan egységes, homogén és ráadásul volt egy nem titkolt célunk, hogy folyamatosan frissülő, online követhető országos várólista-nyilvántartási rendszer jöjjön létre.

Ez a rendszer 2012. július 1-je óta élesben működik, tehát folyamatosan használják az intézmények.

Létezik egy olyan publikus felület, amelyen követhetők ezek az adatok, ezek mind az OEP honlapján keresztül, mind pedig a várólista vezetésére kötelezett intézmények honlapján keresztül folyamatosan elérhetők, megtekinthetők, a betegek saját azonosítóik alapján meg tudják nézni, hogy hol állnak a várólistán, mi a várható műtéti időpont, történt-e változás esetleg abban, és tudnak reagálni rá természetesen. De meg tudják nézni az érdeklődők és meg tudják nézni a szakmai döntéshozók is, hogy az esetleges kapacitásallokációs vagy egyéb döntéseket megalapozzák ennek a felhasználása alapján.

Ezen a publikus felületen követhető az, hogy egy-egy várólistatípus esetében hány beteg van a várólistán, területenként, régióként hányan várakoznak, körülbelül milyen várakozási idők várhatóak, és ezeket az adatokat, az intézményi adatokat is meg lehet nézni ugyanezen a publikus felületen.

Néhány példa, hogyan alakultak, és ezek természetesen élő, friss adatok. Valamivel több mint 70 ezer beteg van a várólista-nyilvántartásunkban. A legmagasabb arányban, 28 ezer körüli létszámmal a szürkehályogműtetre várakoznak betegek, de ott vannak a nagyüzleti protézis-beültetésre várakozók is 8-9 ezres nagyságrendben. Tehát tudjuk azt követni, hogy hogyan alakul a várólisták száma.

Az is folyamatosan követhető, hogy hol a leghosszabb a várakozási idő. Tudjuk az átlagos időket intézményenkénti eltéréssel, de meg tudjuk nézni a leghosszabb várakozási időket. Nem is olvasom fel, tulajdonképpen csak azért mutatom, mert abból a szempontból nagyon nagy jelentősége van, hogy az OEP-ben ezen túl nagyon sok információ áll

rendelkezésre, teljesítési adatokkal tudjuk ezeket folyamatosan összefuttatni, elemezni. Tehát az is modellezhető ebből az egész folyamatból, hogy hol várható a várakozási idők növekedése, a várólisták számának gyarapodása, hogy ha a teljesítési időszakokkal összefuttatjuk őket. Látható az, hogy ahol száz százalék fölötti arányszámokat találunk, ott azért prognosztizálható, hogy növekedni fognak a várakozási idők, ez megalapozhat egy sor fontos szakmapolitikai intézkedést.

Folyamatosan használják az intézmények. Egy rövid statisztika arról, látható az, hogy milyen heti ütemezésben, hogyan töltik fel online folyamatosan az intézmények erre a nyilvántartásra a saját adataikat, napi 1000-1200 beteg kerül be ebbe a rendszerbe, és nem utolsósorban nagyon nagy jelentőségűnek gondoljuk, főigazgató-helyettes úr is utalt rá, hogy ez a rendszer lehetőséget biztosít, illetve meg is követeli azt, hogy maga az ellátás ténye is folyamatosan online módon kerüljön be.

Ez a funkció viszont az online jelentési rendszerek előkészítését is szolgálhatja, nem utolsósorban nagyon fontos elemként szolgálhat a betegútszervezési, ellátási feladatok megoldásához.

Egy másik, mostanában nagyon sokat hallott terület az egészségügyi humán erőforrás helyzete. Ezzel kapcsolatban az egészségügyi államtitkárság felkérésére a jelenlegi, az OEP-ben fellelhető adatbázisok felhasználásával készítettünk egy modellezést, egy térképet. Ebből a térképből, amely tulajdonképpen a vényírási szerződésekre, a közfinanszírozott szolgáltatók által jelentett létszámadatokra, orvosadatokra vonatkozik, de felhasználva a vényírási adatokat, a teljesítési adatokat, néztük meg azt, hogy milyen korösszetételben, milyen földrajzi elhelyezkedés szerint, milyen szakmában, hogyan érhetők el ma praktizáló orvosok. Nem olvasom fel természetesen a számokat, azt gondolom, nagyon látványos az, hogy a korfát minden egyes módon meg tudjuk jeleníteni.

Néhány nagyon fontos momentumot azért hadd emeljek ki. Ebből a valamivel több mint 34 ezer orvostól 55 évesnél több ma több mint 55 százalék, de nagyon fontos adat az is, hogy 8200-an, tehát majdnem a praktizáló orvosok negyede éri el a 62 éves korhatárt. Azt gondolom, hogy ez nagyon fontos információ, nagyon informatív megjelenést próbáltunk azzal is hozzáadni, hogy szakvizsgánként modelleztük, hogy hogyan alakul az egyes szakvizsgával rendelkező orvosok száma. Itt is látható minden egyes szakvizsga vagy szakvizsgacsoport esetében, hogy milyen korösszetételben, és ráadásul földrajzi elhelyezkedésben hol foglalkoztatottak az orvosok. Minden egyes szakvizsga esetében meg tudjuk azt mondani ennek a felhasználásával, például az aneszteziológusok vonatkozásában valamivel több mint 1500 aneszteziológusból 250-en érték el eddig a 62 éves korhatárt, látható, hogy körülbelül milyen korcsoportban, hányan vannak ma. Természetesen ebből egy sor fontos következtetést le lehet szűrni mind a képzési, mind az egyéb rendszerekre vonatkozóan.

A másik példa - csak két példát fogok mutatni - a laboratóriumi szakvizsga. Azt gondolom, hogy itt még látványosabb, ha a korfát megnézzük. Itt a laboros szakvizsgával rendelkező orvosok közül majdnem 40 százaléka az orvosoknak érte el a 62 éves korhatárt, de a férfi átlagéletkor eleve 63 év, tehát azt gondolom, hogy ez is nagyon beszédes.

Az is fontos információ, hogy ha megnézzük, hogy az egyes megyékben hányan dolgoznak, és ha csak matematikai algoritmusok alapján próbáljuk a hozzáférési esélyegyenlőségeket javítani, akkor mennyi laboros orvosra lenne most szükség, hogy ezt az egyenlő hozzáférést, az átlagos hozzáférést biztosítani tudjuk.

Azt gondolom, nem hosszúra nyújtva ezt a két kiemelt feladatot, azt szeretném csak hangsúlyozni, hogy itt az OEP-ben rendelkezésre állnak sok évre visszanyúlóan egészségügyi adatok, egészségügyi adatrendszerek, és azt gondolom, hogy rendelkezésre áll az a tudásbázis is, amely ezeknek az egészségügyi adatoknak ismeri a tartalmát, tudja és szeretné

hasznosítani. Rámutat arra, hogy szeretnénk ennek a széles körű, transzparens felhasználási lehetőségeit a továbbiakban is egyre inkább használni.

Nagyon köszönöm a figyelmet. A következőkben pedig az OEP nyilvántartási és nemzetközi feladatairól fog tájékoztatást adni önöknek dr. Hegyes Enikő. Köszönöm.

Dr. Hegyes Enikő főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása

DR. HEGYES ENIKŐ főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Alelnök Asszony! Alelnök Úr! Tisztelt Képviselő Urak! Az egészségügyi ellátások TAJ-alapú finanszírozása nem működhet valid adatokat tartalmazó nyilvántartási rendszer nélkül. Jogos az igény mind a beteg, mind pedig az egészségügyi szolgáltató részéről arra vonatkozóan, hogy az adott ellátásra jogosult-e, illetve hogy a nyújtott ellátást finanszírozza-e számára az Egészségbiztosítási Alap.

Ezt a finanszírozói visszacsatolást az OEP kizárólagos kezelésében lévő TAJ-BSZJ-program alapozza meg. Ez a program mintegy 9,5 millió jogviszonyt tart nyilván és gondoskodik hatósági eljárás keretében a rendezetlen jogviszonyok rendbetételéről.

2007 tavasza óta működik az az OJOTE névre hallgató informatikai rendszer, amely minden orvos-beteg találkozó alkalmával biztosítja az egészségügyi szolgáltató számára azt a kontrollt, amely biztosítja arról, hogy az előtte megjelent beteg az adott ellátás igénybevételére jogosult-e vagy sem. Ezen informatikai rendszeren túl az OEP, egyéb társszervek, ide sorolva a bíróságokat vagy akár a végrehajtókat, valamint magánszemélyek jogviszonnyal kapcsolatos adatszolgáltatási igényét is milliós nagyságrendben elégíti ki éves szinten.

Bár a TAJ-szám kiadása 2011 óta a kormányhivatalok egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerveinek feladata, bizonyos jogosultak részére továbbra is az OEP kizárólagos hatáskörrel képezi a társadalombiztosítási azonosító jelet, vagyis a TAJ-számot. Az egészségügyi ellátások között egy kissé rendszeridegen a szociális természetbeni ellátások közé tartozó közgyógyellátás, mely a beteg mindenkor gyógyszer és gyógyászatisegédeszköz-kiadásaihoz nyújt szociális alapon hozzájárulást.

A közgyógyellátás mintegy évi 20 milliárd forintos kiadást jelent, és a jogosultak köre évenként természetesen változóan, de mintegy 350 ezer főt jelent. Az OEP a kérelemre induló eljárásban többfajta szerepet is betölt. Egyrészt szakmai felügyeleti jogköre is van, szakhatósági munkát is végeznek a kollégák, valamint informatikai, nyilvántartási feladatokat egyaránt ellátunk, a kártyatestek közbeszerzési eljárás körében történő beszerzése és készletgazdálkodása mellett.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kormányrendelet adta hatás- és illetékességi körénél fogva támogatást nyújthat olyan Magyarországon nem végzett egészségügyi ellátások igénybevételéhez, melyhez az illetékes országos intézet, vagy ennek hiányában a GYEMSZI támogatást javasol. A kormányrendelet a döntést a finanszírozási lehetőségek figyelembevétele mellett rendeli az OEP-hez, azonban igyekszünk minél több reménytelennek tűnő esetben méltányosan eljárni a betegekkel szemben.

Ezen kizárólagos OEP-hatáskörhöz szorosan kapcsolódik a beteg állampolgárok külföldről történő hazaszállítása és ennek finanszírozása is.

Ez év januárjától az Eurotransplant-szerződés finanszírozása is a mi feladataink közé tartozik. Tárgyalások eredményeként karnyújtásra van Magyarország Eurotransplant-beli teljes jogú tagsága, ami javítja a szervátültetésre váró betegek esélyeit.

Magyarország 2004-es uniós csatlakozása óta azon Magyarországon egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek, akik az EGT területén állandó lakóhellyel rendelkeznek, és az Unió, illetve Svájc vagy Horvátország területén átmeneti jelleggel tartózkodnak, bizonyos korlátozások mellett jogosultak egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, amennyiben az

orvosilag indokolt. Ezt a jogosultságot az európai egészségbiztosítási kártya testesíti meg. Fontos szabály, hogy az ellátás igénybevételekor érvényesül az egyenlő elbánás elve, ami annyit jelent, hogy a kártya csak olyan ellátások térítésmentes igénybevételére nyújt fedezetet, amelyet az adott tagállam a saját állampolgára számára is térítésmentesen nyújt.

Ha a külföldi tartózkodás célja kizárólag az adott egészségügyi szolgáltatás, ellátás igénybevétele, akkor ezt a költséget a biztosító természetesen nem fedezi. A kártyát OEP-beszerzés mellett a szakigazgatási szervek állítják ki a kérelmezők számára térítésmentesen, 36 hónapos határidőre. Az uniós jog és a hatályos egyezmények alapján kiállított külföldi számlák igen magas, százezres nagyságrendű száma is indokolja, hogy az OEP nemzetközi és európai uniós főosztályán külön osztály foglalkozzon ezek elszámolásával.

Az uniós joggal harmonizálva, ma 23 nyomtatványt használunk, amelyek szintén százezres nagyságrendet képviselnek, azonban az Unió módosuló szabályai értelmében az elkövetkezendő két évben ez a nyomtatványszám jelentősen meg fog emelkedni, és közel 160 új nyomtatvány alkalmazását, bevezetését írja elő számunkra az Európai Unió. Mindezen nyomtatványok egységes használatát és a használat biztosításához szükséges informatikai fejlesztést is az OEP feladatai közé sorolja, és ennek a megvalósítása is a mi feladatunk.

Magyarország harmadik országokkal kötött, illetve kötendő egészségügyi tárgyú egyezményeinek szakértői támogatását is az OEP uniós főosztálya látja el. Jelenleg 12 hatályos egyezményünk van, természetesen az uniós országokon kívül.

Összefoglalásképpen azt szeretném elmondani, hogy míg 2007-ben mintegy 1,2 millió rendezetlen jogviszonyú személy szerepelt az OEP adatbázisában, addig ez a szám mára közel 400 ezerre csökkent. Ezt a folyamatosan javuló tendenciát fogja jelentősen erősíteni és ezzel remélhetőleg az E. Alap bevételeit növelni az az ÁROP-pályázat, amelynek keretében az OEP a nyilvántartási rendszer adattisztítását fogja végezni.

A nemzetközi vonulatban pedig a folyamatosan bővülő kapcsolatrendszerünk eredményeként két új egyezmény lépett hatályba: a magyar-mongol, illetve a magyar-ausztrál, valamint az Unión belül egyedülálló módon a jövőre csatlakozó Horvátország egészségügyi vonatkozású törekvéseit is segíteni próbáljuk.

Megköszönve figyelmüket, átadnám a szót a pénzbeli ellátások szakterület vezetőjének, Bogdán Zsuzsannának.

Dr. Bogdán Zsuzsanna főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása

DR. BOGDÁN ZSUZSANNA főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselő Hölgyek és Urak! Tisztelt Megjelentek! Nap mint nap hallhatjuk a betegtől, hogy „doktor úr, vegyen táppénzre”, vagy a kismamától, hogy „gyedben vagy gyesben részesülök?”. Ha ez az ellátás, gyermekgondozási díj, terhességi-gyermekágyi segély vagy táppénz, baleseti táppénz, akkor az mind az Egészségbiztosítónak a pénzbeli ellátása, pénzben nyújtott ellátás a biztosítottak részére.

Felmerülhet a kérdés, hogy ezek az ellátások miért az Egészségbiztosítónál vannak, és itt van-e a helyük? A válasz egyértelműen igen, hiszen ezer szállal kötődnek a természetbeni ellátásokhoz, mert ha csak arra gondolunk, hogy ha fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodik a beteg, erről a kórház igazolást állít ki. Vagy a házi orvos a betegség esetére, ha nem tudja a biztosított a munkáját ellátni, akkor a keresőképtelenséget leigazolja, megteremtve ezzel tulajdonképpen egy kötelezettségvállalást az E. Alap terhére. Hiszen ezen igazolások birtokában fogja megállapítani az Egészségbiztosító azt a jövedelmet, azt a juttatást, amit azért kap majd a beteg, hogy a betegsége ideje alatt a kiesett jövedelmét pótolni lehessen.

Nagyon fontos, hogy ez a jövedelem, amit nyújt az Egészségbiztosító, a kiesett jövedelmet kellene hogy pótolja, ami egyre nehezebben tölti be funkcióját, amint azt az ábra is mutatja.

A pénzbeli ellátások másik nagy területe a gyermekvállaláshoz kapcsolódó ellátásaink. Igazából itt nem alanyi jogú ellátásokról beszélünk. Az a 3,8 millió biztosított, akiről főigazgató asszony is beszélt, járulékfizető szerezhethet csak jogosultságot ezen ellátásokra akkor, amikor gyermeket vállal. A terhességi-gyermekágyi segélyre a szülő nők, a gyermekgondozási díjra pedig már az apák is jogosultságot szerezhethetnek arra az időre, amíg a gyermeknevelés miatt kiesnek a munkavégzés alól, a munkájukat nem tudják ellátni. Erre az időre ez a juttatás az, ami pótolja a kiesett jövedelmet.

Ezeket az ellátásokat vajon, ki folyósítja, hogyan állapítjuk meg?

A kormányhivatalokon belül működő egészségbiztosítási szakigazgatási szervek azok, amelyek ezeket az ellátásokat elbírálják, folyósítják, a NAV felé bevallják, és mindemellett az a 4800 kifizetőhely, amelyek a munkáltatók mellett működnek, könnyítve ezáltal az Egészségbiztosító munkáját, és közelebb víve a biztosítottakhoz ezen pénzbeli ellátást. Természetesen ezeknek a szakmai irányítását - mármint a kifizetőhelyekét - és ellenőrzését is ellátjuk, hiszen ők is az E. Alap terhére utalványoznak.

Engedjék meg, hogy néhány szót említsek még az utazási költségtérítésről, mint pénzben nyújtott ellátásról. Ugyanis ha a beteget az orvos szakrendelőbe vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja és ez az ellátás nem helyben történik, akkor az utazásához utazási-költség-térítésre lehet jogosult a biztosított, a jogosult, amit szintén pénzben folyósítunk részére.

Nagyon fontos, hogy közel 2,5 millió orvos-beteg találkozót finanszíroztunk utazási-költség-térítés tekintetében.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár látja el azt a szakmai felügyeletet a fölött a 660 fő fölött, akik ezt a gyakorlatban operatívan csinálják. Szakmai felügyeletet gyakorlunk, ellenőrizzük, irányítunk. Mindemellett az OEP-en belül ennek a szakterületnek napi operatív feladatai is vannak. Az országban hozott összes elsőfokú döntésnek a másodfokú jogorvoslati eljárása itt koncentrálódik az OEP-ben. Mindemellett a biztosítottak egyedi kérdéseire is rengetegszer válaszolunk, és nagyon fontos, hogy méltányosságból egyszeri segélyt is megállapítunk a biztosítottak, jogosultak részére, hiszen ha nem tudják a gyógyszereiket megvenni, ebben az esetben méltányosságból egy egyösszegű támogatást tud nyújtani az Egészségbiztosító a részükre.

És hogy mi az az eredmény, amit elértünk? Miután a pénzbeli ellátás az, amely konkrétan közvetlen kapcsolatban van magával a beteggel, magával a biztosítottal, az ügyféllel, úgy gondoljuk, hogy az ellátások folyamatos és zökkenőmentes biztosítása ezen szervezeti átalakulások között nagyon nagy eredmény. Mindig időben volt ott a terhességi-gyermekágyi segély, a táppénz a biztosítottaknál.

Mindemellett nagyon fontos, mert tudjuk, hogy ezek az ellátási összegek nem nagy összegek, ezért az Egészségbiztosítón belül ma már nem 30 napos ügyintézési határidőről beszélünk, 18 nap alatt folyósítjuk az ellátásokat a biztosítottaink részére.

És még ami egy nagy eredmény, hogy elértük azt, hogy a foglalkoztatók, a biztosítottak igényeit interneten keresztül, internetes alapon, elektronikusan, ÁNYK-alapú nyomtatványokon, akár otthon, karosszékekben ülve benyújthatják az Egészségbiztosító részére.

Úgy gondolom, hogy mindezek a betegek érdekeit szolgálják arra az időre, hogy amíg természetben gyógyulnak, addig pénzbeli ellátásban is részesülhessenek.

Természetesen a szakterület más szervekkel is kapcsolatban van. Elértük azt, hogy a NAV-val tulajdonképpen az a közel éves szinten 300 ezer papíralapú határozat ma már nem papíralapon megy át, és nem papírból kell feldolgozni egyik szervezetnek sem, hanem elektronikus úton történik meg ez az átadás.

Online kapcsolatot építettünk ki az Államkincstárral is, hogy a kettős ellátások eshetőlegesen folyósításának elkerülése érdekében ez megakadályozásra kerüljön. Nagy kihívás előtt áll egyébként a pénzbeli ellátási szakterület, a kormányzat részéről egy elvárt, és talán

jogos igény, hogy a jövőben a NAV-nak a járulékadatából számfejtsük és állapítsuk meg a pénzbeli ellátásokat. Ezen dolgozik a szakterület, együtt karöltve a minisztériummal, és úgy gondolom, hogy egy nagyon jó koncepció az, ami nemsokára kiadásra kerül az OEP részéről.

Megköszönve a figyelmüket, felkérem Árki Kornél főosztályvezető urat, hogy az Egészségbiztosítót támogató informatikai rendszert mutassa be.

Árki Kornél főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) előadása

ÁRKI KORNÉL főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Tisztelt Elnök Úr! Képviselő Hölgyek, Urak! Tisztelt Megjelentek! Az elmúlt közel egy órában hallott célok eléréséhez és a megfelelő működés biztosításához nyújt háttértámogatást az informatika.

Feladatunk az informatikai rendszerek és az infrastruktúrák üzemeltetése a folyamatosan változó jogszabályi környezetnek megfelelően az alkalmazói rendszerekbe történő implementálása. Az új megoldások megtervezése, fejlesztése mind a szoftverek, az infrastruktúra, a telekommunikáció területén szervezeti feladatunk.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kezelt adatvagyon, a személyes, az érzékeny adatok, az egészségügyi adatok, a közel 1700 milliárd forint finanszírozási adatai megkövetelik az informatikai biztonsági feladat erősítését.

Ezt az idei évtől önálló szervezeti egység formájában támogatjuk.

Az adatbiztonság szerepe fokozottabban jelentkezik azokban az intézetekben, így az OEP-nél is, ahol közvetlen adatkommunikáció, online jelentések, nyilvántartások valósulnak meg. Különösen nagy hangsúlyt kap az online rendszerek magas rendelkezésre állása, hibamentes működtetése, a már korábban említett várólista, virtuális elektronikus pénztárca, online ágynyilvántartás, jogviszony-ellenőrzés tekintetében.

Ezen felül a szolgáltató finanszírozói rendszerek megbízható működése is kiemelten fontos, hiszen ezeken a rendszereken keresztül jut el a kórházakhoz, a háziorvosokhoz a teljesítmény-elszámolás, a patikákhoz a tb-támogatás.

A szolgáltatásalapú működés sematikus ábrája látható a képen, ahol a felhasználók számára, legyen az külső vagy belső felhasználó, korszerű service desk szolgáltatást nyújtunk július 1-jétől. Célja, hogy az egykapus ügyintézés, a gyors és hatékony hibaelhárítást erősítsük. A közel 5 ezer regisztrált hibabejelentésnek az 50 százalékát ezen a ponton sikerült megoldani.

Olyan professzionális szolgáltatás nyújtásában működünk közre, ahol fontos a nagy tranzakciószámú kapcsolatok biztonságos és gyors kezelése. Az elektronikus jelentés, jogviszony-ellenőrzés során másodpercenként 10 tranzakció, a patikai rendszerek esetében pedig közel átlagosan 650 ezer tranzakció napi szinten regisztrálódik.

A rendszerfejlesztések során úgy kell eljárnunk, hogy a változások ne eredményezzenek rendszerleállást, ne történjen szolgáltatás-kiesés.

Az adatszolgáltatási tevékenységünk megoszlik külső és belső igények kiszolgálására, amelyek egy része jogszabályban nevesített feladatunk, másik része egyedi megkeresések, elemzések támogatása. A rendőrségi, statisztikai adatkérések számossága azt mutatja, hogy átlagosan két adatszolgáltatást teljesítünk naponta, és ez különösen nagy szám abban az esetben, hogy ezek a statisztikai adatkérések igen komplexek és bonyolultak.

Említést kell tenni a kormányhivataloknál működő szakigazgatási szerveink informatikai támogatásáról is, akiknek a napi munkájához nélkülözhetetlen rendszereket biztosítjuk, legyen az a központi adatbázis, programok vagy telekommunikációs szolgáltatás.

Néhány számadat. Egyedi fejlesztésű alkalmazásaink száma közel 100, amelyeken ebben az évben a fenti számosságban hajtottunk végre rendszermódosítást jogszabályi változással összefüggésben. Jelentős szerverparkkal rendelkezünk, ahol megtalálhatóak a fizikai és a virtuális szerverek egyaránt. Az OEP által jelenleg tárolt adatvagyon nagyságát jól

szemlélteti, hogy közel 25 ezer DVD-film kerülne egy helyen tárolásra, ha erre lehetőség nyílna.

A munkaállomások, végponti eszközök tekintetében nemcsak az OEP és a területi hivatalok, de a megyei szakigazgatási szerveink menedzselése is feladatunk, számossága meghaladja a 3500-at.

A képen látható az OEP-alkalmazás portfóliója, amely 3 szegmensre bontható. Egyrészt a közvetlen ügyfélszolgáltató csoport, a másik a központi háttérműveleti rendszerek csoportja, végül pedig a vállalatirányítási rendszerek.

A színek az alkalmazások érettségi fokát jelentik, a zöld a megfelelő, a többi esetben pedig azok fejlesztésre szorulnak.

Az informatikai terület teljes átvilágítását követően megalkottuk a 2014-ig szóló stratégiánkat, igazítva az ágazati programokhoz, a rövid és középtávú célkitűzésekhez. Ennek egyik része a platform-stratégia, ahol meghatároztuk, hogy mivel, a másik része pedig a szervezetfejlesztési stratégia, ahol elképzeltük, hogy hogyan működjünk.

Ma az elképzelt szervezeti struktúrában dolgozunk, megtörténtek a profiltisztítások, elkülönült az üzemeltetési és a fejlesztési tevékenység egymástól. A nemzeti adatvagyontörvénynek megfelelően rendszereink üzemeltetése belső erőforrásból történik.

Végezetül, de nem utolsósorban, figyelembe véve az egészségügyi ágazat eHealth programját, és kapcsolódva annak integrált rendszerelemeihez, uniós források bevonásával kívánjuk korszerűsíteni a kiemelt területeket. Átadnám a szót főigazgató asszonynak.

Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) kiegészítése

DR. SÉLLEINÉ MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Szeretném megköszönni munkatársaimnak, hogy felvállalták, hogy ezt a tájékoztatót így, együtt tartsuk meg, és hálás vagyok azért, hogy támogattak ebben mind a megszólalók, mind pedig azok, akik nem szólalhattak meg. Hiszen azt szerettem volna elmondani önöknek, hogy arra gondoltam és fókuszáltam, hogy inkább azokról a területekről tartsunk beszámolót és tájékoztatót, amelyek kevésbé ismertek és közismertek, vagy éppen támogatják a többi szakmai terület munkáját, és új dolog történt esetleg az elmúlt két évben a munkájuk során. Hiszen ha példaként említem a gyógyszer-támogatási rendszert vagy a gyógyító-megelőző ellátást, sokkal többször szembesülünk mindnyájan az ő munkájukkal, feladatukkal, ugyanakkor azok a szakmai területek is nagyon fontos és komoly munkát végeznek a betegek ellátásában és az ügyfelek ellátásában, illetve a szolgáltatók kiszolgálásában, amelyek itt most megjelentek, és természetesen ez sem teljes körűen.

Az elhangzottakban elmondtuk az alapelveket, feladatokat, célokat, kiemelt szakterületeket, és most a legvégén szeretném önöket tájékoztatni és a mondandómat befejezni az erősségeink megjelölésével. Talán azt mondanám el, hogy mit tartunk mi a hivatalunk erősségének és milyen közeli jövőbeli, belső szervezeti célkitűzéseink vannak, hiszen ma az OEP-ről beszélünk.

Az OEP erősségeiről, ha fő pontokban összefoglaljuk, az mondható el, hogy az OEP központi hivatal, az államigazgatás része, és ennek megfelelően egy közigazgatási fegyelem, strukturált szervezeti működés, egyszerűsített eljárások jellemzik, ennek irányába kell hogy tartson a jövőben is az OEP. Annak érdekében, hogy a beteg-, ügyfél- és szolgáltatócentrikusságunk, az ugyanazért való munka és ugyanazért való elv következménye legyen a rugalmas és gyors megoldáskereső válaszkészség.

Azt gondolom, hogy ebben a rugalmas, gyors válaszkészségben különösen jelentős előrelépés történt az elmúlt két évben, én magam ennek számtalan gyakorlati megvalósulását és megvalósítását igyekeztem elősegíteni.

A megbízhatóságnak, a transzparenciának a megjelenítése, hiszen a külső környezettel való megbízható kapcsolatot nagyon fontosnak tartjuk. Biztonságosan, nyugodtan végezzük a dolgunkat, végezzük a feladatunkat. Most csak egy példát mondok, hirtelen jó néhányat tudnék mondani, de most mondjuk kettőt mondok, hogy július 1-jével az ÁNTSZ-től megkapott működési engedélyek alapján problémamentesen, nyugodtan, biztonságosan megkötöttük az új OEP-szerződéseket. Tehát úgymond tényleg nyugodtan, rugalmasan és biztonságosan végezzük a feladatunkat. Vagy most, jelenleg kaptuk meg a több mint 5 milliárd forintnak a funkcióváltó intézményekhez kapcsolódó plusz pénzeszköz-elosztásáról a munkaanyagokat, amit mi logikus, hogy néhány nap alatt szerződéskötéssé teszünk, a területi hivatalok gyakorlatilag egy nagyon rövid idő alatt ezt végrehajtják, és ennek az utalása gyakorlatilag néhány napon belül megtörténik az intézethez. Ezt nagyon fontosnak tartom én magam is, gyors, rugalmas, megbízható és úgymond nyugodtan, biztonságosan végzett feladat, hiszen ezzel tudjuk a szakmapolitika munkáját elősegíteni, hogy igen, mindaz, ami döntésre kerül, az a lehető legrövidebb időn belül eljut a megfelelő helyre.

Fontos a jogi, online és személyes kapcsolatrendszer. A szolgáltatói körrel sokszor beszélünk, fontosnak tartom én magam, hogy a gyengeségeket ismerjük, folyamatosan ezt az ismeretet állandóan felülvizsgáljuk, és ezt a képességet fenn is tartsuk a jövőt illetően.

Erősségünk mindenképpen, valamennyi munkatársam beszélt róla, én magam folyamatosan hangsúlyozom, hogy speciális szakismerettel rendelkezünk, és speciális szakmai adattal. Egy olyan speciális, mi adattárháznak hívjuk, de adat- és információhalmazzal, amit nemcsak hogy tudjuk, hogy rendelkezésre áll, hanem azt is tudjuk, hogy mire lehet használni, azt is tudjuk, hogy ennek milyen lehetőségei vannak, tehát rendelkezünk az adathoz kapcsolt nagyon speciális és nagyon mély szakmai ismerettel. Ennek jó példázata volt, amit nagyon szerettem volna bemutatni, akár a HR-monitoring, akár a tételes finanszírozási betegregiszter első lépéseit jelentő rendszer vagy a várólista-rendszer és sorolhatnám végső soron azokat a lépéseket, amelyek ennek mentén történnek meg. Most ezt csak a kiemelésekkel jelenítettem meg.

Ehhez a gondolatsorhoz és ehhez az erősséghez mindenképpen hozzátartozik az is, hogy mi ezt az ismeretet, ami adatban, szakmai specialitásban és megoldó képességben, készségben rendelkezésre áll, azt a jövőben még jobban hasznosítani szeretnénk. Úgy gondolom, hogy az erősségek felsorolása azért fontos, hogy egy szervezet azzal mindenképpen szembesítse saját magát, hogy mi az, amire úgymond mégiscsak „büszke lehet”, és mi az, amit még nagymértékben javítani kellene.

A következőben a „hová tart az OEP?” kérdésre szeretnék nagyon röviden, összefoglalóan válaszolni. Természetesen, ahogy hangsúlyoztam, ez a szervezeti belső működésünkre vonatkozó, a szervezeti struktúránkra vonatkozó felsorolás. A szervezeti kultúrát, a természetbeni, pénzbeli ellátást és az informatikát emeltem és emeltük ki.

A szervezeti kultúrában szeretnénk, ha a minőségi munka az ügyintézői szintig megjelenne. Tudjuk, hogy ebben még sok tennivalónk van, a folyamatos monitoring-tevékenységünk fejlesztése, hiszen a koncepciók és stratégiai döntések előkészítésében ennek is nagy szerepe van, azzal együtt, hogy az adatfeldolgozással, speciális szakismerettel és monitoringgal együtt tudunk döntés-előkészítő anyagokat készíteni. Nagyon fontosnak tartjuk a kommunikáció erősítését, hogy valóban a biztosító jelen van, az egészségbiztosítás jelen van a beteg ember helyzetében vagy legalábbis rossz helyzetében. Én magam gyorsan elmondok egy példát, hogy elindítottunk egy olyan folyamatot a külső kommunikáció erősítésében, hogy gyerekek részére pályázatot írtunk ki, hogy mi legyen az OEP kabalája, és számomra is megrökönytető, hogy sok kisgyerek olyan módon jelentette meg ezt, hogy lehet, hogy mi ilyet nem tudtunk volna csinálni. Akár egy polipnak a megjelenése (*Derülttség.*), akár mondjuk egy bagolynak a megjelenése, ami számunkra is meglepő volt. Most csak a gyerekeket céloztuk meg ezzel, de nagyon szeretnénk, ha ez természetesen más módon is jelen lenne.

Természetesen ez egy példa volt, nem pedig az, amit a jövőt illetően a kommunikációban szeretnénk elérni.

Fontosnak tartjuk a minőségirányítási rendszer kialakítását is, olyan módon, hogy a szolgáltatói visszajelzéseket is értékelni tudjuk, és abból levonhassuk a következtetéseinket. Természetesen a szakmai szervezetekkel, akár orvosszakmai, gyógyszergyártói érdekképviselletekkel és sorolhatnám, széles körű szakmai együttműködésre törekszünk.

A természetbeni ellátások területén az online, integrált elszámoló rendszereknek, teljesítmény-elszámolásnak a fejlesztése. Nagyon fontosnak tartjuk a beteg- és betegségegiszterek kialakítását, hiszen ahogyan főigazgató-helyettes úr is elmondta, szakmai alapú finanszírozási protokollra épülő teljesítmény-elszámolási rendszert tudunk mi magunk elképzelni, és az a mi jövő gondolatsorunk, ami természetesen számtalan feladatot jelent nekünk a jövőt illetően.

A pénzbeli ellátás területén kiemelném az elemzéseket és egyszerűsítéseket, az informatika területén pedig gyakorlatilag, ahogy a kollégám is elmondta, az ágazati informatikai stratégia részeként, annak egyik elemeként nagyon komoly informatikai fejlesztés előtt állunk, ami az OEP teljes rendszerére vonatkozik, mind a hardvert, mind pedig a szoftvert illetően.

Tisztelettel megköszönöm a figyelmüket. Szerettem volna bemutatni, hogy az OEP milyen szervezeti kultúrával és szakmai igényességgel rendelkezik, és megláttatni azt, hogy legfőbb erőssége és ereje az összefogott csapatmunkában van, ahogy a kollégáim megjelenésével is igyekeztünk megjeleníteni. Remélem, ez sikerült. Köszönöm szépen a figyelmüket, és állunk rendelkezésre a kérdésekben, illetve véleményekben. *(Taps.)*

ELNÖK: Köszönjük szépen főigazgató asszonynak és munkatársainak a tájékoztatást. Javaslatot tennék a kör négyesítésére, az előadók, ha lehetne, akkor az asztalnál foglaljanak helyet. Annyit még szeretnék mondani jelen nem lévő képviselőtársaimmal kapcsolatban, hogy a parlamentnek pillanatnyilag plenáris ülése is folyik egyébként, tehát több fronton igyekszünk a feladatainkat ellátni.

Ha megengedik, rendhagyó módon elsőként, miután jeleztem, hogy kormányülés van és az államtitkárság feladatai ez irányban is jelentenek elfoglaltságot, elsőként Cserhádi Péter helyettes államtitkár úrnak adnám meg a szót.

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

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tisztelt Képviselő Asszony! Tisztelt Képviselő Urak! Tisztelt Főigazgató Asszony! Tisztelt Kollégák! Először is valóban, ahogy elnök úr is jelezte, miniszter úr és államtitkár úr nevében kérem az elnézésüket. Főleg utóbbi szeretett volna személyesen is itt lenni, de már hajnalban miniszter úr felkészítését kezdtük arra a mai kormányülésre, amelyiken éppen az elmúlt hónapok közös munkájának a gyümölcsei reméljük, hogy pozitív fogadtatásra találhatnak úgy a kormányhatározat mentén előírt 2013. évi gyógyszerkassza, gyógyszerpolitika, patika-alapszolgáltatási díj, úgy az idei évi államosítás, struktúra-átalakítás tapasztalatai, ezzel összefüggő teendők tekintetében. Két olyan anyag van ma a kormányülés napirendjén, amelyek nagyon masszív közös munkánkkal függ össze.

Én is elnézést fogok kérni, mert szintén közös munkánk további gyümölcsei, ami ezekben a hetekben a salátatörvény, majd a kormányrendelet-saláta, illetve a mai napon a minisztériumban tárgyalandó több száz oldalas miniszteri rendelet, négy nagy csomagból álló saláta miatt muszáj visszamennem majd a minisztériumba arra az értekezletre, ahol ezt tárgyaljuk.

De ez a bevezető azért arra jó volt, hogy tulajdonképpen jelezzem azt, hogy ami eddig elhangzott, az egy nagyon visszafogott, és azt gondolom, hogy nem is teljesen nyilván a perspektívát kinyitó látószög volt, ezért egy pár dolgot szeretnék hozzátenni. Először is: legszívesebben állva mondanám el, legalábbis felállnék a mondanivalóm közben, mert remélhetőleg oda kell mennem, de ha nem, akkor így szimbolikusan állok fel, mert azt hiszem, talán nekem van a legszorosabb kapcsolatom a helyzetemből is következően az itt ülők nagy részével. Sokszor töltöttek szegények nálam több órát, órákat, 5-6-8-9 órát egy-egy gigantikus egyeztetésen, amiért ezúton is részben elnézést kérek tőlük, részben pedig azt gondolom, hogy ebben a nagyon feszes helyzetben, a közös előadáshoz, a nem könnyű körülmények között csak így lehetett együtt dolgozni. Ezúton is köszönöm én magam személyesen is mindazoknak, akiket közben megismertem és ők minket. És ezért is jó talán, hogy én vagyok itt.

Amikor a közös felületeket végiggondolom, akkor azt mondanám, hogy van az OEP-nek egy úgymond normál tevékenysége, amit gyakorlatilag szinte ismertettek a kollégák, nem is akarok végigmenni rajta, a jogalkotástól a jogalkalmazáson át, ellenőrzés, monitoring, stratégiaalkotásban való részvétel, pénzügyi ellátások, nemzetközi kapcsolatok. Hadd emeljem ki itt a határon túli magyarok tekintetében, de kézi kapcsolat van gyakorlatilag, hiszen egy személyes bizottság keretében döntenek el – ami most megy - a szerbiai és kárpátaljai magyarok egészségügyi ellátásában az egyes helyzeteket. És ha azt mondom, hogy normál tevékenység, akkor is sokszor ironikus dolgok jutnak az eszembe, mert a normál tevékenység egy kormányrendelet megalkotása. De például tavaly, ami december 27-én, 28-án történt, hogy mindössze néhány óránk volt arra, hogy a nagyon pozitív folyamatot kanalizáljuk, hiszen egy nagyon gyors döntést kellett célba vinnünk, és azt gondolom, hogy máig emlékeztető azoknak, akik abban részt vettek, az a néhány órás online jogalkotás, a három szervezet, az NGM, az OEP és a minisztérium együttesen azt hiszem, kiváló példája annak, hogy néha egészen extrém helyzetekben is nagyon jól lehet együttműködni.

Tehát ezek voltak – még egyszer – a normál folyamatok.

Akkor most, ha végigveszi az ember, hogy mi minden történt az elmúlt két évben, amelyik a normál tevékenységet meghaladja, tényleg elképesztő a lista, amit itt összeírtam közben, hiszen a kormányhivatali átalakítás is egy olyan enormis folyamat, amit azt gondolom, hogy a társadalom szempontjából zökkenőmentesen vezényelt le az apparátus.

A rokkantnyugdíj-kassza érkezése az E. Alapba, mint egy nagyon speciális új feladat, és nem kis kihívásnak tűnt tavaly, és tudjuk, hogy bizonyos területeken vannak ebből feszültségek, nem az E. Alapban, hanem inkább a társadalompolitikában, de ami ennek a pénzügyi részét illeti, azt gondolom, hogy ez egy zökkenőmentesen végrehajtott átállás volt.

Hadd beszéljek olyan speciális folyamatokról, amiket főigazgató asszony is említett, amelyek nem esnek bele a szokványos finanszírozási, kommunikációs tevékenységbe, mint a tavaly év végi pótlék kifizetése, ami egy nagyon aktív és kemény együttműködést igényelt, a bérfejlesztés megvalósítása idén nyáron, együtt a struktúra-átalakítással egy egészen speciális eljárás mentén, intézményileg. A legutóbb, ahogy főigazgató asszony is említette, friss együttműködésünk ennek a 6,3 milliárd forintos konszolidációs forrásnak a hihetetlenül precíz osztása szép nagy feladatként. Úgy tűnik, hogy ez is tulajdonképpen határidőre, zökkenőmentesen ment.

Hadd lépjek át egy másik irányba. A Széll Kálmán gyógyszerpolitika. A normál gyógyszerpolitikai tevékenység fölött ez egy olyan enormis jogalkotást igényelt és olyan enormis szabályozói feladatrendszer, amely zökkenőmentességének a téje súlyos volt, hiszen azért itt betegellátási zavart, feszültségeket kellett elkerülni, és azt gondolom, azt mondhatjuk, hogy ez gyakorlatilag az elmúlt évvel a hátunk mögött – nem a pénzügyi oldaláról beszélek most – szintén azt gondolom, hogy elfogadható. Súlyos betegellátási zavarról igazából nem beszélhetünk, nem alakult ki, tudtuk kezelni együtt.

Hadd ne a végén emeljem ki a struktúra-átalakítás folyamatát, ami több megszólalást érintett, önmagában azt a nagyon feszes menetrendet, ami idén nyáron volt, hogy a három szervezet, a GYEMSZI, az OTH és az OEP nagyon feszes, hihetetlenül összehangolt együttműködése következtében a működési engedélyek módosításai, kapacitásdöntések és ezeknek leképezése a finanszírozási szerződésekben tényleg időre megtörténjék. Ez a folyamat azóta is megy tovább, hiszen a főosztályvezető úr által említett várólista, monitoring is ehhez az időponthoz köthető, jogszabályilag akkor kapott lényegében erőt. Ez a betegút szervezésével köthető össze, a kapacitás-nyilvántartás kérdése nagyon nagy dolog volt, és szerintem számos területen rendbe tudtuk tenni azt, hogy milyen kapacitások állnak különböző formában, uniós lekötött, tartalék, szüneteltetett, stb. formájában.

Tulajdonképpen a legizgalmasabb, vagy egy izgalmas kérdés mostanában, szintén az önöktől, töletek kapott visszajelzések alapján látjuk, hogy például a betegszállítás és a mentés tekintetében is a struktúraváltás első három hónapja elfogadható képet mutat. Nem nőtt a lejelentett kilométerszám, esetszám lényegében, de kisebb helyi feszültségek mellett, amiket remélem, tudunk jövőre kezelni, rendszerszerű problémát nem mutat vissza ez a tükör, és ez is a tükör működését és jó működését mutatja.

Hadd mondjak egy olyan területet, amit ritkán emelünk ki, de aki benne részt vesz, annak ez nagyon komoly feladat. Ez a Magyar Zoltán egyszerűsítési program, a „Jó Állam” program, amelyik nagyon magas kormányzati akarat mentén tűzi ki azt célul, hogy egy szolgáltató, pontosabban inkább fogyasztó vagy polgárbarát rendszer legyen, aminek számos döntése most vagy a következő napokban, a kormányrendelet-saláta vagy rendelet-saláta formájában fog célba érni, és reméljük, hogy ezzel az OEP-hez forduló állampolgárok számára is bizonyos területeken egyszerűbb, könnyebb helyzeteket teremt.

Tehát csak felsoroltam néhány olyan extra feladatot a normál feladat fölött, amelyik mentén azt gondolom, hogy tényleg elismeréssel kell visszatekintenünk a szervezettel való együttműködésre és az itt végzett munkára.

Ahogy főigazgató asszony is mondta a végén, én magam is a jövő tekintetében egy-két dolgot szeretnék kiemelni. Nagyon azt reméljük mindannyian, hogy bizonyos szempontból konszolidációs időszak következik most már, de azért egy-két olyan, sőt sok olyan nagy döntésnek és folyamatnak az alapjain túl vagyunk már, amelyeknek elsősorban most már az elvárása, konszolidációja, rendezése, a problémák megoldása van hátra.

De azért van egy-két olyan, amelyik nem sorolható ide. Az egyik ilyen például a kistérségi, járási átalakulás, amelyik azért egy bizonyos mértékig érinti a mi háttérintézményeinket is, hiszen amennyire tudjuk, ebben a folyamatban a mi munkatársaink is részt vesznek.

A másik ilyen folyamat, amit nagyon remélünk, hogy célba fog érni jövőre is, az az ismételt és remélhetően folytatódó bérfejlesztés végrehajtása, amiben nagyon szoros adminisztratív, informatikai, illetve adatmonitoring - ezt az említett HR-monitoringot is felhasználva – mentén szeretnénk továbblépni. A fekvőbeteg-szakellátást érzem leginkább olyan területnek, amelyikben a nagy döntések megvoltak, és itt azért nagyon sok, de ennél kisebb jelentőségű konszolidációs feladatunk van még hátra. Ennek kapcsán mostanában varrjuk el azokat a szálakat, amelyek a nyári döntéshez kötődnek. Például azok a többletfejlesztések a nappali ellátásban, járóbeteg-ellátásban és a médiában is egy kicsit félreértett sürgősségi, de nem is jó ez a szó, mert a sürgősségi szakma ezt nem szereti, hanem a folyamatos járóbeteg-szakellátás abban a 14 funkcióváltó kórházban, ahol a betegérdek, beteghozzáférés ezt kívánta, gyakorlatilag most rendeződik, most indul be véglegesen úgy finanszírozási, mint működési engedély szempontjából. Hasonlóképpen a betegútszervezés kérdése is ebből továbblépésként egy izgalmas feladat, a várólista-monitoring továbblépésével és még számos olyan terület, ami a fekvőbeteg-ellátásban megoldandó.

Előttünk áll a járóbeteg-szakellátás kérdéskörének végiggondolása, amelyikben mint tudjuk, a jogszabályok már bizonyos döntési helyzeteket megalapoztak az előző évben, ezeknek gyakorlatilag a végső formába öntése a következő hetekben történik a célból, hogy ez a következő évben is hasonlóan zökkenőmentesen és jól történjen.

A Széll Kálmán gyógyszer-politikai folyamat tulajdonképpen úgy tűnik, hogy szintén konszolidációs állapotába kezd jutni, nagyon reméljük, hogy a mai kormányülésen nagyon kiérlelt, sokat egyeztetett és jó döntések születnek, amelyek mentén azt reméljük, hogy jövőre egy nyugodtabb, a most már valóban bizonyos szempontból szakmapolitikai szempontok dominanciája jön majd ebben.

Nem hangzott el szó tulajdonképpen, és nem is véletlenül, hiszen nem volt túl sok erőnk az elmúlt hónapokban, években a segédeszköz-befogadáspolitikai, támogatáspolitikai, ellenőrzéspolitikai kérdésével foglalkozni, nagyon azt remélem, hogy ha a konszolidációs időszak nekünk is már csak egy picivel több órát jelent naponta, akkor erre a területre is lesz erőnk odafigyelni, és az itt is számos megoldandó feladatot tovább tudjuk vinni.

A jogviszony-ellenőrzés tekintetében is gondolunk előrelépésre, hiszen számos, sok tízezer olyan magyar állampolgár van, aki például nem tud, bár szeretne biztosítást fizetni, de például a nagyon furcsa és ismert hazai helyzet miatt, hogy albérlőként él és nem jelentik be, és a lakcíme így nem látható a rendszer számára és nem alanya jelenleg a biztosításnak, ez okoz problémát. Itt felmerült jogalkotási háttérrel ennek a helyzetnek a rendezése, és akkor adott esetben a még mindig jogviszony-rendezetlen, de azt korrektül rendezni akaró sokak helyzetének megoldása, ehhez köthető a TAJ-kártya mellett a személyi igazolvány, pontosabban a személyazonosság igazolására alkalmas igazolvány kérdése már most benne van a mostani salátatörvényben, elég erős médiavisszhangot kiváltva.

Végül tulajdonképpen, amit többen is felvetettek, azt remélem én magam is, hogy az uniós fejlesztések itt az OEP tekintetében is ilyen szempontból is konszolidációs, pozitív és konstruktív folyamatokat jelentenek, amelynek reméljük, hogy számos egészséghatékonysági, költségvetés-hatékonysági és működéshatékonysági vonzata is lesz, úgy a monitoring, mint akár az e-recept és egyéb olyan folyamatok tekintetében, amelyek az említett ÁROP és nemrég a parlamenti albizottságon is ismertetett EKOP-fejlesztéshez kötődnek.

Tehát azt remélem összességében, és egyúttal még egyszer megköszönöm, azt hiszem, mindannyiunk nevében ebben a nagyon feszes helyzetben ezt a korrekt együttműködést, amelyik a betegellátás veszélyeztetése nélkül, sőt megoldása mellett tette, amit tett. Bízom abban, hogy egy nyugodtabb és konstruktívabb, mármint olyan szempontból konstruktívabb, hogy jobban kiérlelt, jobban megtárgyalható időszak következik, ebben azt gondolom, hogy én részvételem és munkatársaim részvétele egyértelmű, és még egyszer a köszönet szava legyen az utolsó.

ELNÖK: Köszönöm szépen helyettes államtitkár úrnak. A bizottság tagjait illeti a kérdés, észrevétel, reflexió és minden egyéb lehetősége. Tessék parancsolni! Gyenes alelnök úr!

Kérdések, vélemények, észrevételek a bizottság tagjai részéről

DR. GYENES GÉZA (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Főigazgató Asszony és Tisztelt Csapata! Megmondom őszintén, olyan politikai formáció, aki ma Magyarországon kormányozni kíván, és társadalombiztosításban gondolkodik, ezt hozzá kell tennem, mert nem mindenki gondolkodik abban, az körülbelül mind a tíz ujját megnyalhatná, mert valóban azt látjuk, hogy világos, jó, áttekinthető struktúrát vázoltak fel az elmúlt két évben, jó alapelvek mentén és jól működtetik a rendszert.

Hozzá kell tennem, hogy a profiltisztítás ellenére is úgy érzem, hogy azért az önk működési költsége, a 0,6, ha jól láttam, azért az egy kicsit kevés. Általában azért az a 3

százalék körüli lenne jó, de önök csak végrehajtók, ahogy önök mondták, és hogy mit kell végrehajtaniuk önöknek, természetesen ez már a politika felelőssége, nem az önöké, de most ne nyissunk a politika felelősségéről vitát. Mint jó ellenzéki képviselő, természetesen lenne hozzátennivalóm, de most itt önökről van szó.

Megmondom őszintén, hogy nagyon érdekes volt az egész anyag, a végén felsorolta az erősségeket, és jelezte, hogy ismerjük a saját gyengeségeinket. A kisördög úgy mozog bennem, hogy mondjon már egy pár gyengeséget (*Derűtség.*), hátha tudunk segíteni esetleg a politika felől, hogy az önök gyengeségei javíthatók legyenek.

Egy pár apró kérdésem lenne. A befogadási kérelmeknél jelezték az előadásban, hogy körülbelül ezer van évente. A kérdésem, hogy mennyit fogadnak be, mert ezek csak kérelmek, csak körülbelül, hogy lássuk az arányt, hogy mit tudnak befogadni. Most alkotjuk éppen a parlamentben ezt az egészségügyi salátatörvényt, amiben nagyon sok részletkérdés merült fel, és annak a rendezése, és ezt mi, ellenzéki képviselők is kénytelenek voltunk elismerni, hogy ezek fontosak, sőt támogattuk is.

Ezek közé tartozik egy részletkérdés. Most csak azért kérdezem ezt, mert nagyon fontos, hogy a gyógyszerészek számára bizonyos gyógyszeresedési adatokat lehetővé tesz ez az új jogszabály. Szeretném megkérdezni, hogy mi alkottunk valami nagyon szépet, és önök erre mennyire vannak felkészülve, ugyanis a jogszabály szerint a biztonságos betegellátás és a gazdaságos betegellátás van kiemelve.

Most a gazdaságos betegellátást teljesen értem, a biztonságosnál viszont már furcsálltam azt, hogy a társadalombiztosításnak, tehát önöknek, az OEP-nek adatokat csak az úgynevezett támogatott gyógyszerekről kell szolgáltatni a gyógyszerésznek. Mondom: ezt gazdasági értelemben értem, de ha egyszer a biztonságos gyógyszerellátást akarjuk szintén támogatni, akkor jogos a kérdés, hogy miért nem tudhat a gyógyszerész betekinteni, hiszen ez egy nagyon fontos szolgáltatás a beteg felé. Aki a mai gyógyszerrengetegben el van veszve, néha önmaga is hibás, mert ide is megy, oda is megy, mindenhol kap gyógyszereket, összevissza szed minden marhaságot, és most végre van egy olyan szakmai lehetőség, hogy a gyógyszerész segítse őt szolgáltatás gyanánt abban, hogy rálásson az összes gyógyszerére. Zárójelben mondom: a jogszabály csak a társadalombiztosítás által támogatott gyógyszerekre szól, de ott vannak a vényköteles és mondhatnám, hogy még egyéb gyógyszerek is. Szakmai értelemben én azt egy hibás nézőpontnak látom, hogy a gyógyszerész egy ilyen lehetőséggel ne tudjon élni, mert számára minden gyógyszer, elsősorban amit a társadalombiztosítás támogat, meg ami receptköteles gyógyszer, nem beszélve az összes többről, de tudom, hogy lehetetlen, hogy van-e ennek olyan informatikai háttere és lehetősége, amivel ezt önök is meg tudnák oldani? Ugyanis a jogszabály egy másik részénél jelzi is a jogszabály, hogy a gyógyszeresedéssel és egyáltalán a gyógyszereléssel kapcsolatos kormányrendelet fog majd aztán bizonyos szabályokat megalkotni, ami szakmailag rettentően fontos.

Ugyanitt merül fel, hogy a gyógyszerészeknek ezt a megadott jogot éppen sok szakma, vagyis egy szakma, nevezetesen a fogorvosok jelezték, hogy ők miért maradnak ki ebből a folyamatból, hiszen a fogorvos is gyógyszerel. Tehát számára is egy fontos dolog lenne, hogy azért ne következzenek be a gyógyszer-mellékhatások, keresztreakciók káros, kockázatos következményei. Tehát én ezt szakmai oldalról nézném, és nagyon jó lenne.

Persze, tudom nagyon jól, hogy az önök informatikai rendszerének nem kell az összes egészségügyi adatot tartalmazni, bár én megmondom őszintén, mint gyakorló háziorvos, nagyon sokszor kerültem olyan helyzetbe, hogy odajött az ügyeletre valaki - akit én nem is ismerek, mert nem az én körzetembe tartozó beteg volt -, egy olyan beteg, aki vagy nem volt képes azt se elmondani, hogy milyen gyógyszert szedett, mondta, hogy piros volt vagy zöld volt vagy fehér volt legjobb esetben, vagy éppen nem volt egészen magánál, egy kicsit illuminált volt, vagy lehet, hogy nem is úgy hozták be, hanem tényleg nagyon beteg állapotban volt. Számomra nagy dilemma volt, akinek definitív ellátást kellett volna adnom,

de nem tudtam, csak alibi ellátást adni, mert semmilyen információm nem volt róla. Nemcsak arról, hogy milyen gyógyszert szed, hanem hogy egyáltalán a háziorvosa mivel kezeli vagy mivel kezelte, milyen betegségei voltak.

Jó, tudom, hogy ez a hatalmas nagy informatikai adatbázis az OEP szempontjából készül, és én ezt abszolút megértem, de nagyon fontosnak tartanám, és ez már a politika asztala, hogy minden olyan beteggel kapcsolatos adat, amit ha egy kezelőorvos nem ismer, akkor nem tud kezelőorvos lenni, hogy ezek is rendelkezésre álljanak. Nem tudom, hogy ehhez hány terabyte vagy nem tudom, mi kell, ehhez nem értek, de szakmai értelemben sokkal inkább definitív ellátást tud adni az az orvos, aki a betegről mindent tud. Nem intimitásokat akar tudni, és nem adatvédelmi sikolyok kellenek, hiszen ha a gyógyszerész rálátását is úgy fogom fel, hogy ez egy szolgáltatás, akkor például a betegnek nem arról kellene nyilatkoznia, hogy megtiltja, hogy belenézzen, hanem felkéri a gyógyszerészt, hogy nézzen bele, és ezt a felkérést kell igazolnia, ahogy a jogszabály mondja, hogy önök felé valamit igazolni kell, hogy jogosan nézte meg, vagy a beteg felkérésére.

Tehát egy picit át lehetne alakítani ennek a filozófiáját, hogy kérem, ez egy fontos szolgáltatás a betegnek, hiszen a beteg nem tud eligazodni sok esetben, és tesz saját maga ellen, szed olyan gyógyszereket, aminek rettentő sok mellékhatása lesz. Sőt, ha Magyarországon készülne igazán komolyan olyan statisztika, hogy gyógyszer-mellékhatások, keresztreakciók miatt hány ember hal meg, más országokban bizony, készül és ott eszméletlenül elrettentő számokat láttunk és hallottunk.

Körülbelül ez lett volna röviden. Azért nem kérdezek többet, mert még egyszer elmondom: nyalogatom a tíz ujjamat. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Garai képviselő úr!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Nagyon röviden csatlakoznék Gyenes képviselő kollégámnak az előbbieken elmondott szakmai véleményéhez. Valamikor gyakorló orvosként nézegettem a házi gyógyszerárakat, és az egészségnevelésben annak idején Vilmon Gyula díjat kaptam, most még a számokra is emlékszem, hogy az egyik betegnél 39 doboz Elenium volt, és ahogy kollégám mondta, hogy hogyan történt ez? Reggel elment a háziorvoshoz, utána valamilyen oknál fogva be kellett menni a szakrendelésre, délután elment egy maszek rendelésre, utána este pedig kihívta az ügyeletet, az éppen én voltam. Ebben az esetben valóban, ha a kollégák nem tudnak minden információnak a birtokába jutni, és ez természetesen vonatkozik nemcsak a tb-támogatott gyógyszerekre, hanem minden egyéb hatóanyagra és gyógyszerre, akkor ebből komoly problémák lehetnek. Úgyhogy ezt a fajta szakmai véleményt én maximálisan támogatni tudom.

Akkor nagyon röviden. Ez a missziós nyilatkozat nekem is nagyon tetszik. Szintén csatlakozom kollégámhoz, hogy ha 12 ujjam lenne, akkor mind a 12-t igénybe venném ebből a szempontból. Az, hogy a szolidaritásalapú társadalombiztosításnak kell érvényesülnie úgy, hogy a betegek azonos egészségi állapot mellett egyenlő eséllyel jussanak azonos diagnosztikus és terápiás lehetőségekhez. Úgy gondolom, hogy itt mindenféle politikai nézettől teljesen függetlenül, egyébként egy olyan csapat a miénk, ebben a bizottságban, hogy a betegek érdekében, sokszor a politikát elküldjük a francárikába közösen, és mindegy, hogy milyen pártban vagyunk, és ez nekem nagyon tetszik, nagyon örülök, hogy ebben a bizottságban lehetek benne.

Éppen azért ennek a missziós nyilatkozatnak a támogatására emberileg és szakmailag a későbbiekben is azért szükség lesz, mert azért az új alaptörvény egy kicsit mintha nem egészen így tartalmazná ezt a szolidaritásalapú társadalombiztosítást, de a későbbiekben a

hétköznapi problémák megoldásában nyilvánvalóan ezt minden alkalommal meg fogjuk majd tenni.

Itt a végén pedig van egy módosító javaslatom, speciális szaktudás a napi működésben. Tudjuk, tudják, nagyon jól tudják, ismerjük, ismerik, használjuk, használják, hasznosítani szeretnénk, mindent megteszünk azért, hogy hasznosítani tudják, és ezt nemcsak politikusként mondom, hanem három szakvizsgával rendelkező orvosként, és valamikor egészségpolitikáért felelős alpolgármester is voltam, intézményvezető is voltam, most éppen még országgyűlési képviselő is vagyok. Tehát a mindennapos betegellátástól kezdve különböző szerkezeti működéseken és fejlesztéseken át azt tapasztaltam az elmúlt években, az elmúlt egy-két évtizedben, hogy ez a csapat hihetetlen szakértelemmel rendelkezik. És félretéve, mert azért a politika most se hibátlan, de soha nem volt hibátlan, tavaly se, tavalyelőtt se, meg a 8 év alatt se, és még visszább is mehetünk, de én mindig azt tapasztaltam ezekben az előző pozíciókban, hogy az OEP és az önkormányzat szakemberei a politikát mindig a francokkába félretéve, két dolgot néztek elől: a beteg érdekét és az egészségügyi dolgozók érdekét, ez a kettő nyilvánvalóan együtt van.

Amit itt látunk és olvashatunk, ez abszolút ezt bizonyítja, hogy ez egy nagyon profi csapat, és a jelenlegi nem könnyű gazdasági és egészségügyi helyzetben nagyon nagy szükségünk van az eddigi tapasztalatokra, és nemcsak a terabyte-okra, hanem ami itt van önkormányzatnál, és ami itt belül is van, és amit valóban minden alkalommal használni tudnak, és reméljük, hogy a későbbiekben is így lesz.

Egy érdekes adatot azért hadd mondjak még nagyon röviden. Itt volt a várólista, és egyéb statisztikai adatokra is nyilvánvalóan alapvetően szükségünk van ahhoz, hogy a megfelelő szakmai, szakmapolitikai döntéseket meghozzuk. Sajnos, itt államtitkár úrnak említeném, hogy azért volt egy-két ilyen információs kérdésünk a parlamentben. Halász államtitkár úr ilyenkor általában mindig meghazudtol bennünket, stb., egyszer mondtam neki, hogy akkor oszlassa fel a KSH-t, mert onnan is szoktunk azért adatot kapni.

Nyilván önkormányzatától, kedves kollégáktól is szoktunk ilyen adatokat kiböngészni, az internetről is, de azt azért nem mondtam soha és nem is fogom, hogy az OEP-et is oszlassa fel, amikor a várólistákkal kapcsolatban válaszolt Tukacs Istvánnak, tehát szó szerint ezeket nyilvánvalóan nem fogom említeni. Tehát ezekre is szükség van, és ezt a betegek érdekében a későbbiekben is használni fogjuk, különböző programok alkotásában is.

Még egy utolsó érdekes poén a várólistákról. Ellenzéki pozícióban én átírtam a Semmelweis I-es tervet. Mivel? Várólistával. Volt egy olyan szám benne, hogy 8,5 milliárd forintból meg lehetne oldani a várólistákat, és akkor volt egy javaslatom. Most nyilván nem akarok politizálni, és különböző poénokat mondani, hogy mit kellene a várólisták javára ehelyett meg ahelyett, tehát mondhatnám, hogy önkormányzatnak nem kellenek olyan nagyszerű, 470 ezer forintos orbáni szaktanácsok, amelyeket a Századvég sokszor csinál, persze, hál' istennek itt a csapat saját magának ezt meg tudja csinálni.

Tehát legközelebb a Semmelweis II. tervben már nem volt benne a 8,5 milliárdos szöveg, úgyhogy az már kimaradt.

Nagyon sok sikert kívánok, a kollégáknak jó egészséget is, és még egyszer ígérem, ugye, nem haragszotok, kedves képviselőtársaim, mert azért itt voltak a különböző médiumokban, meg itt, ott, amott ilyen hátsó információk, hogy nemcsak egy ilyen kisebb összehúzás van itt, amit a kollégám mondott, azt a 0,6 százalékot, meg egyéb struktúraváltást. Tehát mi ezt mindenféleképpen úgy fogjuk tenni, és megpróbáljuk úgy befolyásolni a különböző döntéshozókat, hogy az OEP szervezeti, szakmai függetlensége és azok a munkafeltételek, amelyek az ilyen nagyon klassz és nagyon a betegek érdekét képviselő működéshez szükségesek, ezt mi a későbbiekben is biztosítani fogjuk, pártállástól függetlenül.

Még egyszer sok sikert, és nagyon szépen köszönöm, mint képviselő is, meg mint gyakorló doktor bácsi is azokat a pozitív intézkedéseket és információkat, amit ma hallottam, meg amit tegnap, tegnapelőtt, meg az elmúlt 20 esztendőben. Köszönöm szépen, elnök úr.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Baracskai képviselő úr!

BARACSKAI JÓZSEF (független): Köszönöm szépen, elnök úr. Először is főigazgató asszony, hadd köszönjem meg ezt a teljes körű és érthető prezentációt. Én egy dolgot szeretnék kérdezni, és ennek a dolognak aktualitása is van. Főigazgató asszony azt mondta, hogy a „kedvenc” képe a járulékfizetők aránya. Ezzel kapcsolatban szeretném kérdezni, hogy Bodrogi József, a Semmelweis-terv végrehajtásáért felelős miniszteri biztos mondta, hogy el kell gondolkodni a nyugdíjasok járulékfizetésének a lehetőségeiről is. Látjuk mindazokat a problémákat, amiket jelent itt a járulékfizetőknek az aránya.

Én ezzel kapcsolatban szeretném kérdezni, hogy ez milyen feladatokat jelent az OEP számára, ha bevezetik a nyugdíjasok járulékfizetési kötelezettségét is, fel vannak-e készülve erre?

A másik kérdésem egy kicsit saját városomból való a helyettes államtitkár úr felé, bár mondjuk elnök úr mondott itt információkat a járóbeteg-szakellátó intézményeknek az állami átvételével kapcsolatban, hiszen már államtitkár úrtól is kérdeztem, beszélünk, hogy körülbelül az egészségügyi intézményeknek a 20 százaléka marad fenn, ami nem kórházhoz tartozik, így Zalaszentgrót városában is. A költségvetés tervezéséhez mindenféleképpen valamilyen információval kellene rendelkezünk, és itt több okból kifolyólag, a betegúttal kapcsolatban sem tudunk abszolút tervezni, hogy ha ezzel kapcsolatban információt tudna adni.

Még egyszer köszönöm szépen az OEP-nek az előadást. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Helyettes államtitkár úr felé azért nézek, mert idő szorításában vagyunk, és nem tudom, esetleg kívánna-e még egy mondat erejéig szólni. Azért most, mert el kell mennie. Utána Kiss képviselő úr!

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Azt mondanám, hogy valóban kezd a kihívás izgalmas lenni, úgyhogy még megpróbálok egy picit maradni, és szerintem főigazgató asszonyék válaszolnak, és akkor, ami nekem marad, utána arra válaszolok én.

ELNÖK: Köszönöm. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Főigazgató Asszony! Kedves Munkatársak! Köszönjük ezt a jó kis prezentációt, szerintem tökéletes volt.

Nekem az egyik megjegyzésem az, hogy szerintem nemcsak egészségügyi szakembereket kellett volna ide meghívni, hanem akár az oktatás, a közigazgatás vagy akár a rendészet részéről is. Meg is mondom, hogy miért.

Azért, mert hallhattunk itt a finanszírozási protokollokról és annak az ellenőrzéséről. Tehát az, hogy az OEP kidolgoz egy olyan szisztémát, ami szerint a közpénzen felhasznált egészségnyereség mérhető lesz, tehát hogy egyszerűen mérni tudjuk azt, hogy a közpénz milyen hatékonyan és mire lett felhasználva, azt hiszem, hogy igenis, szükség lenne akár az oktatásban, a rendészet terén, és nem tudom, hogy még hány területén az életnek, ahol közpénzt használnak fel, ugyanilyen kontroll- és monitoring rendszerre. Ez az egyik megjegyzésem.

A másik pedig: egy konkrét kérdésem lenne. Láttam én ezt a várólistát. Tehát itt látom, hogy szűrkehályog-műtétre majdnem 30 ezren várakoznak. Egyszerűen van-e arra lehetőség és kidolgozták-e azt, hogy a várakozók a saját forrásaikat is beviassák a rendszerbe? Tehát akinek van rá lehetősége, tudom, hogy ez esetleg sértheti az egyenlő hozzáférés és a szolidaritás elvét, de igenis, akinek lehetősége van rá, olyan anyagi helyzetben van, tudom, hogy ezt kimondani nagyon nehéz, de az egyszerűen valahogyan ne várakozzon. Tehát mindenképpen azért is jobb lenne, mert akkor nyilvánvalóan csökkenne a műtétre várók száma. Tehát akik ezt valamilyen módon, valamilyen mértékben meg tudják finanszírozni, ne vegyék ezt tőlem sértésnek, pont egy jobbikostól, de igenis, szerintem a várakozóknak, amennyiben erre lehetőség van, be kellene vonni a forrásait.

A másik: nagyon tetszett az informatikai rész előadása. Itt látom, hogy száz saját fejlesztésük van. Azt szeretném megkérdezni, hogy van-e lehetőség arra, hogy a patikák informatikai rendszerét segítsék, vagy a háziorvosok vagy a kórházak informatikai rendszerét, mert a patikáknál bizony, a rendszergazdáknak fizetett havidíjak igen jelentősek, és a patikák - én is patikus vagyok, azért mondom ezt - a forgalmuktól függetlenül elég komoly rendszergazda-díjat fizetnek.

Tehát van-e arra lehetőség, hogy az OEP ezzel is segítse a háziorvosokat, gyógyszerészeket, már csak abból a szempontból is, hogy így legalább egységes lenne a rendszer. Köszönöm, ennyi konkrét kérdésem lenne.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szilágyi képviselő úr!

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen a szót. Külön köszönöm én is ezt a részletes és kimerítő tájékoztatást. Nyilván egy következő alkalommal - elnök úrra nézek - a gyógyszerkassza és az orvosi segédeszköz-kassza rejtelseibe is be lehetne tekinteni, nyilván ez az alkalom erre most nem volt feltétlenül alkalmas.

Két kérdésem lenne. Az egyik az új eljárások és készítmények befogadásával kapcsolatos. Ha az ember elmegy egy szakmai rendezvényre, ahol gyártók és forgalmazók beszélnek, akkor elképesztő kép alakul ki. Kérdezném, hogy mi az oka annak, hogy Magyarországon ez ilyen lassan megy? Nyilván van pénzügyi oka, én ezt tudom, de ezen túl mit tudnak annak érdekében tenni, hogy az új eljárások befogadása gyorsabb legyen?

A másik, hogy láttunk egy ízelítőt a humán erőforrás adatbázisból, itt orvosok adatait láttuk. Kiterjed-e ez az adatbázis a szakdolgozókra is? Ez a kérdésem.

A másik, hogy nyilván ha van egy ilyen adatbázisuk, akkor valamiféle képük van arról, hogy milyen a szakemberek elvándorlása, hiszen ezzel kapcsolatban mindenféle számok röpködtek a hétfő esti plenáris vitában is, és nyilván az egészségügynek az egyik kulcskérdéséről van szó.

Tehát tudjuk-e, hogy hányan mennek el és hová mennek, tehát valóban külföldre mennek-e vagy pedig a magyarországi magánszférába mennek? A fiatal orvosok hogyan kapcsolódnak be az ellátórendszerbe, és itt milyen tendenciák érvényesülnek? Ha ezekkel kapcsolatban tudnának egy pár szót mondani. Millió kérdésem lenne, de most visszafogom magam. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Nagy Kálmán professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Nagyon szépen köszönöm a lehetőséget. Tisztelt Elnök Úr! Elnök Asszony! Államtitkár Úr! Képviselőtársaim! Először is szeretném megköszönni az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójának és munkatársainak a meghívását. Azért is, mert nem volt a korábbi években ilyen jellegű lehetőségünk, hogy ilyen mélységekre áttekintsük az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működését.

A másik dolog, amit nagyon fontosnak érzek, hogy azt értékeljük, hogy a kormányzati munka és az egészségügyi kormányzati munka véleményem szerint egy olyan állomásához, közel a végéhez érkezett, amelyik kitűnően illeszkedik bele abba a kormányzati politikába, amelyik elsősorban és kifejezetten arra koncentrál, hogy további terheket a magyar állampolgárokra ne helyezzen. Ez ellentétes volt a Németországban ezzel kapcsolatos egészségpolitikával, ahol fokozatos járulékemeléssel kompenzálták az ezzel kapcsolatos gazdasági terheket, vagy Franciaországban, ahol az évi 17 milliárd eurós veszteséget úgy próbálják 13 milliárd euróra levinni, hogy az ellátási formákat szűkítik és a költségesebb ellátási formákat térítéskötelessé vagy részben térítéskötelessé teszik.

Magyarországon ez nem történt meg. Magyarországon az történt meg, hogy elindult egy egészségügy-átstrukturizációs folyamat, amely folyamatnak igenis, egyre inkább egyértelmű, hogy komoly gazdasági nyereségei vannak az egészségnyereségek mellett.

Ennek nagyon fontos része az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, amely az önállóság megtartásával, amely a jövőben is kívánatos, nagyon harmonikusan tudott beilleszkedni ebbe a gazdaságpolitikába, ami lényegében azt jelentette, hogy önmaga is a saját rendszerét igazította ahhoz a rendszerhez, amelyik a kormányzati rendszer, és megpróbált ennek megfelelni, és ezt a koncepciót megpróbálta maximálisan szolgálni.

Erről kaptunk most beszámolót. Azt gondolom, hogy nem lenne más lehetőségünk a jelenlegi helyzetben, minthogy azokat a forráslehetőségeket, kiegészítőforrás-lehetőségeket, amelyek elsősorban például a járulékfizetők számának a növelésével kapcsolatosak, azokat maximálisan kihasználjuk.

Rengeteg új lehetőség van ebben. Azt gondolom, hogy apró, kicsi lehetőség például, hogy a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei kórházban, egyetemi oktatókórházban például bölcsődét, óvodát és napköziotthont hoztunk létre azért, hogy a dolgozók minél hamarabb vissza tudjanak járni dolgozni. Ennek az érezhető eredménye az, hogy a munkatársaink száma nem csökken, hanem növekszik.

Én azt gondolom, hogy ezen felül még számos olyan jellegű megoldás van, amelyik olyanfajta tartalékként jelenik meg, amelyik nem elsősorban a lakosságra helyezi az egészségügyi ellátás terheit, hanem megpróbálja önmagát megszervezve úgy átalakítani, hogy abból egészségnyereség legyen.

Ami a támogatott gyógyszerek nyilvántartását és a nem támogatott gyógyszerek nyilvántartását illeti, és az azokkal kapcsolatos esetleges gyógyszer-tanácsadást, ha jól értettem, ez azért komoly etikai kérdéseket vet fel, mert az a helyzet, hogy ehhez véleményem szerint a leghatékonyabb az, hogy ha a beteg, aki bemegy a gyógyszertárba, az elmondja, hogy milyen gyógyszereket kap. Akkor ez a dolog etikus. Ha ezt a gyógyszerész tartja nyilván, az kérdéses.

Tehát itt olyan jogi problémák merülnek fel, amelyeket azt gondolom, hogy nem itt és nem ebben a formában kell megoldanunk.

A nagy számú befogadási kérelemmel kapcsolatosan el kell mondanom, hogy ha önök azt hiszik, hogy egy befogadási kérelemről nagyon egyszerű dönteni, az egy hihetetlen nagy tévedés. Nem azért nehéz egy befogadási kérelemről dönteni elsősorban, mert ennek gazdasági problémái vannak, hanem azért, mert szakmai minőségi problémái vannak, és ezek a szakmai minőségi problémák mindenütt megjelennek, Európa minden országában.

A jelenlegi rendszerben, ahol gyakorlatilag Európán belül, és ahol a törzskönyvezési folyamatok egészen mások, mint korábban voltak, gyakorlatilag olyanfajta támogatási formáknál kell biztosítani az esetleges plusz hozzáadását, amit a beteg nem tud kifizetni, amelyik nem száz százalékosan meggyőződött az, hogy érdemes-e arra a támogatásra. Azért, mert a nemzetközi orvosi közvélemény sem egyértelműen foglalt állást ezzel kapcsolatosan.

Tehát önmagában annak a kérésnek a megjelenítése, hogy egy gyógyszert miért nem támogatnak, az csak azt jelenti, hogy kérem, elbírálják, hogy ezt sem támogatják meg azt sem

támogatják, de a nemzetközi orvosi közvélemény, az orvosszakmai álláspont korántsem egységes Európa különböző országaiban.

Tehát azt gondolom, hogy ezzel kapcsolatosan bizony továbbra is egy bizonyos fajta türelem kell, amíg a szakmai értékét megfelelően fel tudjuk mérni egy gyógyszernek, és azt tudjuk mondani, hogy kérem, az befogadásra alkalmas, indokolt és szükséges.

Ami a várólistákat illeti, azt évek óta mindenki úgy kezeli, hogy az egy gazdasági kérdés. A várólista nem gazdasági kérdés. A várólista azért van Európa minden országában, mert a szakmai kapacitás definiált, amennyi orvos rendelkezésre áll, hogy ezt a kérdést megoldja. Azok nem operálhatnak éjjel-nappal, hogy a várólista nulla legyen.

Tehát ez egyébként Európa minden országában van. Közölnöm kell önökkel, hogy Európában Magyarországon az egyik legrövidebb várólisták vannak. Ennél a nyugati országokban csak lényegesen hosszabb várólisták vannak.

És amit a végén hozzá szeretnék tenni, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak azt gondolom, hogy pontosan az a feladata és számunkra az a legfontosabb segítsége, hogy ezeket értékelve világossá teszi. Az orvosokat tudatossá teszi szakmailag az ellátásban. Lehetőséget ad bizonyos adatok betekintésére, de megnöveli az orvosok tudatosságát. Ez önmagában a betegek számára egy megtakarító erő, mert azt mondja, hogy a felhasználás olyan mértékű legyen, amelyikben bizonyos fajta egészségnyereség van. Semmiféleképpen nem gondolom azt, hogy a járulékfizetésnek bármilyen fokú jelentős emelése jelentősen befolyásolná azért ezt az ellátási formát, mert jelen pillanatban erre a lakosság körében nincsen meg a lehetőség, nincsen meg a gazdasági háttér.

Továbbá el akarom mondani azt, hogy éppen egy szabad demokrata szájából, még hozzá németországi szabad demokrata politikus szájából hallottam azt a kifejezést egy nemzetközi előadáson, amit itt említettek, aminek a valóságtartalma egyébként nagyon kicsi, hogy valamifajta kiegészítő járulékot kelljen fizetni azoknak, akik korábban kisebb járulékot fizettek. Ezt szakmailag azzal indokolták, hogy amikor ő még járulékfizető volt, akkor még nem volt PET/CT, vagy nem volt MR, nem voltak korszerű vizsgáló módszerek. Ezt egy komoly gazdasági, orvosi ismeretekkel rendelkező egyetemi tanár fejtette ki. Ez Magyarországnak nem lesz útja belátható időn belül. Én nem hiszem azt, hogy nekünk mindenféleképpen, minden vonatkozásban az európai utat kell választani. Ebben a vonatkozásban is, még az átszervezésben is - mint ahogy azt az egészségügyi tárca bemutatta -, a működtetésben hatalmas erő van, és ezt a hatalmas erőt kell kihasználni.

A legvégén én tisztelettel megköszönöm a főigazgató asszonynak és munkatársainak azt, hogy lehetőséget kaptunk erre a betekintésre.

ELNÖK: Köszönöm szépen, professzor úr. Bene Ildikó alelnök asszony!

DR. BENE ILDIKÓ (Fidesz): Nagyon szépen köszönöm. Azzal kezdeném, amivel Nagy Kálmán professzor úr befejezte, hogy nagyon szépen köszönjük, hogy itt lehetünk, és nagyon köszönjük azt a korrekt szakmai anyagot, amit részben előre megkaptunk, másrészt pedig itt nagyon világosan, nagyon magas szakmaisággal meghallgathattunk.

A szolgáltatók részéről, amit a célokban megfogalmazott főigazgató asszony itt a legelején, ami arról szólt, hogy egy szolgáltatói partnerség, egy együttműködés, egy dinamikus, rugalmas válaszkészség, ezt érezzük. Tehát azért az elmúlt időszakban rendkívüli módon, sokat javult az a munkakapcsolat, amely a szolgáltató és a finanszírozók között azért nagyon nagy nehézségeket okozott. Úgy gondolom, hogy ha ezen az úton haladunk tovább, nincs kevesebb ellenőrzés, mint volt az elmúlt években, egy nagyon korrekt, nagyon előkészített, nagyon jó szakmai alapon, és ha a szakma szabályai szerint járunk el, akkor egy nagyon jó munkakapcsolatban lehetünk, és a cél gyakorlatilag ez.

Szeretnék egy picit szintén a várólistákra reagálni és azt hozzátenni, hogy azok a várólisták, amelyeket egyébként láttunk, és amit mondjuk az EBF minden évben közzétett, azok az intézmények önbevallásán alapultak. Tehát azok nem voltak valid adatok.

Valid adataink most vannak ősz óta, amióta korrekt módon jelenteniük kell az intézményeknek, és azt is hozzá szeretném tenni, hogy valóban itt sokféle felelősség van, de azért azt is lássuk és mondjuk el, hogy igen, pántlikázott pénzeket kaptunk, pontosan azokra a magas várakozási idejű beavatkozásokra, mint protézisműtétek, szürkehályog-műtétek, stentek behelyezése, invazív kardiológiai vizsgálatok. Tehát ezeket azért, még akkor is, amikor nem voltak valid adatok, ezeket megkapták az intézmények, és jelentős, úgy gondolom, hogy számszerűsített javulás volt, hiszen ezt mindenki a saját intézményében érezhette.

Van egy gyakorlati kérdésem, az, hogy a nagy értékű eszközök esetében a további központi beszerzés várható-e, itt a stentekre, ablációs katéterekre gondolok. Köszönöm szépen még egyszer, hogy itt lehettünk.

ELNÖK: Hollósi képviselő úr!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen. Egy nagyon rövid, nem is annyira kritikai, mint inkább értékelő megjegyzésem lenne. A tartalom és a forma egységét éreztem itt most a hallottak és a látottak alapján, egy nagyon nivós tartalomhoz egy hasonlóképpen nivós írásos, illetve szóbeli anyag csatlakozott, és azt gondolom, hogy ezt csak megköszönhetjük.

Amit azért számszakilag, bár matematikából nem voltam soha túl erős, de hirtelenjében a kiemelt feladatok számokban című táblázatban azt látom, hogy 350 millió elszámolási tétel/év. Ezt visszaosztva, szorozva, ez azt jelenti, hogy egy állampolgárnál 35 esemény történik évente.

Szerintem ez azért nem egy kis szám, mert ez a valóságban nem biztos, hogy tükrözi a valóban egy orvos-beteg találkozás adatait, hanem az a beteg, aki bekerül kórházba, szanatóriumba, arról egy eseményt rögzítenek, és hogy ott hányszor rendelnek gyógyszert, hányszor vizsgálják, arról valószínűleg nincsen adat.

Tehát azt gondolom, hogy ennek az értéke bőven afölött van, amit itt most látunk, mert ennél sokkal többről van szó, és ezért is csak dicséret illeti az OEP-et, és azt gondolom, hogy minden, ami e körben segíti ezt, azt gondolom, hogy az dicséretes.

Egy mondatot azért a missziós nyilatkozatnak az első passzusához, ahol nagyon helyesen dőlt betűvel, illetve kövér betűvel van szedve néhány szó. Én mondjuk azért egy picit hiányolok magamban csak, és nem érdemi a dolog, hogy azt mondja, hogy azonos egészségi állapot mellett, az nem szerepel kurzív módon, hanem az egyenlő eséllyel.

Én azért számos fórumon elmondtam az egészséges életmód, illetve az állampolgároknak a saját egészségük iránt érzett felelősségének a jelentőségét, mert azt gondolom, hogy ezt az OEP sosem fogja tudni sem felülbírálni, sem megváltoztatni. Ezt ott a periférián, a betegágy mellett vagy a betegellátás során nekünk kell, gyakorló orvosoknak és patikusoknak eldönteni, mert semmiféle módja és joga nincs az OEP-nek ahhoz, hogy eldöntse innen, a számítógép mellől, hogy az iksz beteg nem úgy élt és nem ivott többet, csak az európai átlag háromszorosát, tehát neki jár, ami jár, a többieknek meg nem.

Tehát azt gondolom, hogy ez is egy nagyon komoly dolog, és azt hiszem, hogy pontosan az együttműködés lehet az, mert nekem meg kell tudni mondani annak a betegnek, hogy igen, magának a sérvműtetre nem egy hónapot, hanem kettőt kell várnia ezért meg ezért meg ezért, és ahogy mondta professzor úr, ez egy szakmai kérdés és nem elsősorban gazdasági kérdés.

Amit még szeretnék mondani, csak nem ez az a fórum, ahol meg kellene vitatnunk a patikus teendőit és a betekintés jogát, teljesen egyetértek, ha a beteg ellátása során akár a patikában arra merül fel a patikusban igény - ami egy szakmai felelősség, ezt belátom, hiszen ezt a múltkorai ülésünkön megbeszéltük -, hogy igenis, a patikus vállalja, és kötelességének érzi, hogy ha olyan gyógyszert írt fel és nem jelölte meg az orvos, hogy ez nem helyettesíthető, akkor igenis, meg kell kérdeznie. De ez már az ő felelőssége, hogy aztán ezt mire változtatja, és ebbe az is beletartozik, hogy megkérdezi a betegtől, és bocsánat, az nem egy egészségtudatos magatartás, ha a beteg elkezd halandzsázni, hogy ezt se szedi, azt se szedi, miközben ezt vagy azt szedi.

A gyereknél más a helyzet, de a gyereknek szerintem nem egy életszerű dolog, hogy odamegy és azt mondja, hogy kérek szépen három Kalmopyrint, vagy ne ezt tessék adni, hanem azt tessék adni.

Tehát én ezt nem látom olyan drámai kérdésnek. A nem vényköteles gyógyszerek regisztrációja egyrészt szerintem hihetetlen adminisztrációval járna, másrészt pedig a benzinkúthoz is el tud menni valaki megkérdezni, hogy ott mit vett a beteg? Mert most ott tartunk, hogy a benzinkútnál is vásárolhat gyógyszert adott esetben.

Úgyhogy én ezt nem érzem akkora problémának. Igenis, mi ott a vártán, a strázsán orvosok, nővérek, patikusok, gyógyszerészek és egyéb, a beteggel találkozó emberek felelősséggel tartozunk a döntéseinkért, ez egy bizonyos fajta döntést igényel, én ezt belátom. De azt hiszem, hogy ez semmiféle informatikai rendszerre áthárítani nem tűnik túl szerencsés gondolatnak. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Zombor képviselő úr!

DR. ZOMBOR GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen a szót. Én is szeretnék gratulálni az elhangzottakhoz, illetve az írásos anyaghoz. Nekem külön öröm látni ezt az anyagot, mert mint volt OEP-dolgozó, talán ugyanebben a teremben többször beszéltünk azokról a problémákról, amelyek évtizedes problémák voltak, és amelyekre az OEP megoldásokat talált és nagyon sok olyan, akár informatikai, akár a finanszírozási protokollok kérdése olyan régi álmom volt, amelyet szerettünk volna és szerettek volna sokan megvalósítani, ami most úgy néz ki, hogy jó úton jár, és ezt szeretném megköszönni.

A másik, amit helyettes államtitkár úr is mondott, mint volt kórházigazgató, és mint volt OEP-es, én pontosan érzékelem és talán értékén, a helyén is tudom kezelni azt a munkát, amelyet ebben a változások időszakában egy OEP-esnek vagy egy szolgáltató vezetőjének véghez kell vinni. Az, hogy mi nem érzékeljük ennek a problémáit, ebben óriási szerepük van, és talán ez a legnagyobb munka, amelyet elvégeztek, és talán ezt kell leginkább megköszönni, mert azt hiszem, itt mindnyájan tudjuk, hogy miről beszélek, hogy milyen problémákat küszöböltek ki.

Nagyon tetszett a konklúzióknál vagy az erősségeknél, hogy ismerik a gyengeségeiket. Nem szeretnék ünneprontó lenni, egyre szeretném felhívni a figyelmet, és nagyon fontos az, hogy az ember a problémákat is ismerje. Országgyűlési képviselőként egyre több olyan megkeresést kapok, amelyek az egyedi méltányosságok kérdésében talán a transzparenciát vagy az átláthatóságot sérelmező állampolgári bejelentések. Erre érdemes lenne figyelni. Tudnék is javasolni önöknek egy kanadai protokollt, amely akár otthon, számítógép előtt is pontosan tudja azt, hogy a kérelmező meg tudja állapítani, hogy ő jogosult, nem jogosult, az ügye hol áll, mert mint orvos, és mint egészségfinanszírozással is foglalkozó ember, pontosan tudom, hogy milyen problémákkal küzd a bíráló vagy az OEP. De nagyon fontos lenne, hogy a kérelmező szintén tudja azt, hogy neki milyen lehetőségei vannak ebben a kérdésben.

Tehát én csak a félreértések elkerülésére szeretném felhívni a figyelmet.

A harmadik inkább egy javaslat, és itt elhangzott már egy hasonló, de talán nem konkrét javaslatként. Az Egészségbiztosítási Pénztár olyan információkkal rendelkezik és olyan adatkincse van, amelyet érdemes lenne felhasználni például a kommunikáció erősítésében is, amiről főigazgató asszony beszélt. Hiszen azokat az összehasonlításokat, amelyek akár a nemzetközi együttműködésben szerzett adatokból és az OEP-nél meglévő hiteles adatokból tudnak arányokat mutatni, azokat érdemes lenne kommunikálni, mert nagyon sok félreértés van a fejekben a magyar egészségügy állapotával, teljesítő képességével kapcsolatban. Talán akkor a szakma presztízse, amelybe az OEP és a szakemberei is beletartoznak, egy picit helyreállna és az ország talán jobban elismerné azt a munkát, amelyet az egészségügyben végeznek, mert nagyon sok esetben bizony, nincs ok a szégyenkezésre, köszönhetően az egészségügyben dolgozók hősies munkájának.

Javaslom, tudnék most körülbelül négy olyan területet mondani, ami biztosan hasznos lenne, és minden elismerésem.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szabó képviselő úr!

DR. SZABÓ TAMÁS (Fidesz): Tisztelt Bizottság! Tisztelt Vendéglátóink! Először is azzal kezdeném, hogy természetes feladata minden bizottsági tagnak, hogy az üléseken lehetőség szerint részt vegyen, és én tartottam is magam mindig ehhez az elmúlt időszakban. Viszont amikor ezt a témát és a hozzá tartozó anyagot is láttam, egyértelmű volt számomra, hogy bármiféle akadályt elhárítva jelen kell hogy legyek. Ez többek között szólt annak is, hogy főigazgató asszonnyal egy pár évvel ezelőtt szorosabb munkakapcsolatban voltam. A Szolnok megyei kórházigazgató, illetve a mi kórházunk vezetése közötti munkakapcsolatról beszélek, és abban az időszakban is azt láttam, hogy minden olyan szervezeti és egyéb kérdésben is nagyon hatékonyan működik, amely azon a területen akkor szükséges volt.

Ezért néztem és tekintettem várakozással az elé, hogy itt mit láthat az ember, vagy mit kaphat a megújult pénztár kétéves tevékenységével kapcsolatban.

Én nem tudom olyan szinten megítélni ezt a kérdést, mint ahogy előttem szóló képviselőtársam, aki tevékeny szereplője volt valamikor ezen biztosító munkájának, én csak a szolgáltatói oldalt látom, illetve ahogy ő is utalt rá, bizonyos lakossági és egyéb kapcsolatrendszerből származó jeleket.

Nem tudom azt sem megmondani, hogy tulajdonképpen azt a munkát, aminek itt az eredményét látjuk, most milyen alapokról, milyen mélyről vagy honnan kellett elkezdni ilyen szintre felépíteni. Ezért természetesen nem is ezt a részét akarom kiemelni, hanem inkább azt a jelenséget, hogy végül is az állam által szervezett bármiféle tevékenységet lehet kiválóan, jó minőségben is végezni, ha ott megfelelő személyek, vezetők és természetesen hozzá tartozó munkatársak vannak jelen. Tehát egy olyan eredményt lehet produkálni, amely biztos, hogy minden szempontból összességében, a benne szereplő, szűkebben az ellátottak, biztosítottak vagy összességében az egész állam, illetve az ország érdekeit szolgálják.

Ezt csak azért mondom, mert számtalan olyan területet látunk, ahol most az állam működésben, jelenlétben aktívabban megjelent, nemcsak az egészségügyben, de ott is eklatáns példa a fenntartás, üzemeltetés ilyen jellegű változása, hanem más egyéb területeken is. Sokszor elhangzó kritika, hogy ez már egyenlő azzal, hogy minőségileg és egyéb módon ez nem uralható és a megfelelő teljesítmény nem hozható.

Azt gondolom, hogy ez a most elhangzott, látott és ismert anyag, amit érzékeltem, hogy minden képviselőtársam egyformán magasan méltányolt, ez bizonyítja azt, hogy lehet ilyen jellegű tevékenységet, illetve ilyen jellegű minőséget ebben az elgondoláskörben is végezni.

Tehát én bízom benne, hogy a másik nagy szervezeti egység, amely az egészségügy területén működik és most már egyre nagyobb jelentőséggel bír, a GYEMSZI-re gondolok,

hogy majd ott is fogunk valamikor, az elkövetkező időben hasonló körben, hasonló témában, hasonló adatokkal találkozni, és ugyanezeket a dolgokat tudjuk elmondani.

Tehát a magam részéről nagyon köszönöm, és természetesen gratulálok mindahhoz a teljesítményhez, amiről itt beszámoltak, és a továbbiakban is hasonló munkát várunk az OEP-től. Köszönöm szépen.

ELNÖK: További kérdés, észrevétel? *(Nincs jelzés.)* A kör lezárásaképpen megpróbálom nagyon röviden összefoglalni, sok mindent felírtam magamnak, de nagyon rövid leszek. Az elismerésnek, amelyhez én is szeretnék csatlakozni, számos formáját és variációját hallottuk a bizottság tagjai részéről, és ehhez csatlakozott helyettes államtitkár úr is.

Nekem különösen tetszett Gyenes alelnök úrnak és Garai képviselő úrnak az ujjak megnyalásának a lehetősége tulajdonképpen édesség fogyasztása nélkül. Ez azt a gondolatot generálta bennem, amit Garai képviselő úr mondott, ami hiteles történet, hogy Dankó Pista és zenekara egy világhírű körútja kapcsán, egy nagyon exkluzív külföldi környezetben volt hasonlóképpen elkeseredve, mint Garai képviselő úr, hogy nincs tíznél több ujjá neki és a zenekara minden tagjának, miután a jelenlévők mindenki ujjára aranygyűrűt húztak, és emiatt el volt keseredve. *(Derűtség.)* A polidaktília pedig betegség.

Amit én a magam részéről sok-sok minden mellett kiemelnék, egyetlen mondat talán. Ha jól értelmeztem, és ebben erősítsenek meg, az E. Alap 1700 milliárd forintjából az OEP-nek 1200 milliárdra van olyan nagyon erős hatása, ami ezekből az adatokból kiderül, ami egy óriási összeg nyilvánvalóan és óriási felelősség. Én két nagyon-nagyon apró dolgot emeltem ki, miután tegnap és ma is végignéztam és olvastam ezt az anyagot, az ellenőrzések kapcsán két terület volt, amelynek az ellenőrzése meglehetősen komoly számot mutat: az otthoni szakápolásnak a 667 százaléka, illetve a gyógyszerterek ellenőrzésének a közel 270 százaléka.

Nem mintha ez valamilyen pejoratív értelmet jelentene nálam.

A válaszadások sorrendje úgy alakulna, megköszönve helyettes államtitkár úr jelenlétét, hogy ő válaszolna először, őt követően pedig főigazgató asszony vezetésével tetszőlegesen az előadók részéről a válaszokat kérnénk újra, a név és beosztás említésével együtt, a szó szerinti jegyzőkönyv miatt kérném ezt, bár mi felírtuk, de úgy gondolom, hogy ez fontos.

Helyettes államtitkár úr, parancsoljon!

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

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Elnézést kérek, hogy az időfaktor szűkössége miatt szólok hozzá. Igyekszem úgy hozzászólni, hogy ne vegyem el a kenyerét a szakmai válaszolóknak, de az olyan szempontokat, amelyeket képviselő asszony, illetve képviselő urak felvetettek, arról a helyről kiegészíteni, ami az enyém.

Kezdve azzal az örömteli megállapítással, hogy újabb érdeme van a szervezetnek, mert gyakorlatilag a béke szigetét jelképezi itt a nagyon pozitívan elhangzottak alapján, de szinte vita nélküli és jó hangnemű az együttlét. Én sem akarom ezt elrontani, csak annyit tennék azért hozzá, hogy amikor az az egy-két felvetés elhangzik – és tényleg csak nagyon röviden reagálva rá -, hogy amikor a társadalombiztosítás kérdését feszegetjük, akkor mindig eszembe jut az az időszak, amikor egy magánbiztosító majdnem célba ért Magyarországon, nem sok hiányzott hozzá. Illetve az is eszembe jut másik oldalról, és sok irányból jönnek jelzések a tekintetben, hogy bizonyos érderendszer mentén lehetne a magánbiztosítói vonalat erősíteni. Időnként ez azért lep meg, mert azért az államosítási folyamatnak egy érdekes következménye az, hogy a fekvőbeteg-szakellátás 112 intézménye jelenleg gyakorlatilag az

állami oldalról felügyeltetik ebben a pillanatban, tehát ezen kívül szolgáltatásvásárlási lehetőség túl nagy nincs ebben a pillanatban a rendszerben igazán komoly, igazán értékes volumenben.

Tehát azért is érdekes ez, mert valamifajta kontroll vagy részvételi lehetőség az állam szemszögéből nem kérdéses ebben a helyzetben. Ez mintha úgy elsikkadna a fenti felvetések kapcsán, hogy az a potenciális intézményi kör, amelyik mondjuk uniós fejlesztések mentén jó közeggel ilyen típusú ellátásokban is esetleg részt vehet majd, az jelenleg azért döntően állami kézben van, de nyilván ez az együttműködés aláhúzendő.

A 0,6 százalékos működési költség kapcsán is vannak az embernek gondolatai, hiszen azt érezzük és azt látjuk, hogy nyilván életünk minden pillanata makrokörülmények között zajlik, hogy egy ország és egy Európai Unió tagjai vagyunk, komoly feszültségek közepette. Látjuk azt, hogy ebben a nagy makrokörnyezetben a döntések olyan váltakozó mértékben születnek, egyeseknek 3 százalék, másoknak nem, és amikor a 3 százalékról beszélünk, akkor most, hogy ez az ország ezen erőlködik, akkor egy olyan jelzést kapunk, hogy megint nagyon magas Magyarországon az adminisztratív közapparátus létszáma. Ez a nyomás kvázi ilyen szempontból kívülről jön, amit az ember egyébként saját maga a fent említett 6-8-9 órás egyeztetések és gyakorlatilag a teljes vezérkar néha átmozgatása hozzánk vagy fordítva helyzetében szubjektíve nem egészen így él meg, de ez egy érdekes helyzet, hogy miért is vetülnek fel ilyen kérdések, hogy a háttérintézményi kör volumene milyen, és okoz-e ez feladatot.

A patikusbetekintés - hogy a konkrét szakmai kérdésekre rátérjek - kapcsán is örülök annak, hogy a bizottságban és most is észleljük azt, hogy nagyon eltérő vélemények vannak e tekintetben. Tehát egyik oldalról azt gondolom én is, hogy nagyon fontos az, hogy ha a betegbiztonságot növelhetjük, márpedig az Európai Unióban a jelentős halálokok között van a gyógyszer-mellékhatások következménye, több tízezer embernek okozhatja az állapotrosszabbodását és esetleg halálát is, ebben a helyzetben, ahogy ott is mondtam, szerintem minden olyan lépés, amit meg tudunk tenni a betegbiztonság növelése érdekében, az helyes. A másik oldalról viszont nagyon masszív észrevételek vannak, az adatkezelés, emberijogvédelem tekintetében, e kettő között kell nyilván elhajózni.

Újra és újra pontosítani kell, hogy ami itt történik, az a beteg jóváhagyásával történik, tehát a gyógyszerésznek dokumentálnia kell az OEP felé, hogy a beteg engedte ezt a betekintést, és azt is nyomatékosítanunk kell, hogy a gyógyszerész kompetenciája jóval kisebb, mint a háziorvosé. A háziorvosi kompetencia egy részét bírja ebben a pillanatban, kifejezetten a gyógyszerelés tekintetében.

Az egy más kérdés, és ne felejtsük el azt, hogy a szexuális úton terjedő, illetve a mentális betegségek ATC kódjai kapcsán be se tekinthet a gyógyszerész sem, és csak egy évre visszamenőleg.

Tehát nagyon limitált formában próbáljuk ezt a rendszert bővíteni. A háziorvosokkal indult el tavaly és menne tovább. A fogorvos kérdése és nyilván más szakmai körök kérdése is ennek függvénye, egy folyamatos, óvatos nyitás, ezen Székely és Kharüdisz között hajózva kell eljutni a beteg jogi, illetve emberi és szakmai optimalizációs állapotához.

A várólista kérdésében én is azt húznám alá, amit azt hiszem, alelnök asszony is aláhúzott, hogy a folyamat kapcsán döbbszünk rá együtt tulajdonképpen főosztályvezető úrral, hogy ez a kormányrendelet 2007 óta él, öt éve. Amikor azt nézzük, hogy az orthopédiai és a traumatológiai szakmát egy percig nem izgatta eddig, hogy neki külön vagy együttes várólistája van öt éven keresztül, ez arra utalt, hogy valamiért nem zavarta őket ez a probléma. Most, amikor a kormányrendelet mentén szabályoznunk kellett, mi tudjuk mindannyian, hogy micsoda vitákat kellett lefolytatnunk ennek kapcsán.

Valóban nekem is, mint traumatológus szakvizsgával rendelkező valakinek, azért komoly kérdéseim vannak, hogy egy 80 éves, időskorú, csípőkopással rendelkező, már

cserére szoruló beteg összefuttatható-e egy 35 éves fiatal dysplasiás csípős, szülni akaró fiatal nővel mondjuk sürgősség, várólista tekintetében. De érdekes módon ez öt évig senkit nem zavart. Valószínűleg azért, mert a probléma nem okozott problémát.

Most vált problémává, hála istennek, azt gondolom, hogy beindult ennek a folyamatnak a tisztázása, és ebből is következik az, hogy bizony, az adatok nem voltak validak, és most reméljük, hogy ennek mentén legalább ez beindul.

A járulékfizetés és a 62 év kapcsán nehéz most mit mondanom, hiszen Bodrogi miniszteri biztos úr kijelentését kommentálni, tény, hogy ő vett részt ebben a Magyar folyamatban és a pénzbeli ellátásokkal összefüggésben volt számos feladata. De amennyire én tudom, azok a makrofolyamatok, amelyek Magyarországon a nyugdíjkorhatár, nyugdíjas munkavállalás versus nyugdíjlét kapcsán mennek, azok ezt a kérdést itt akadémiássá teszik, de nyilván főigazgató asszony tud erre technikai, szakmai választ is adni.

A járóbeteg-szakellátás volt egy komoly kérdése képviselő úrnak. Valóban itt a döntési helyzet már egyre inkább előttünk van. Ahogy nagyon pontosan mondta, a járóbeteg-szakellátás 26 százalékáról beszélünk, mert 74 százaléka a kórházakkal együtt, integrált formában érkezett. Ez egyébként kereken 283 szolgáltatót jelent, és ennek nagyon érdekes a megoszlása, más, mint a fekvőbeteg-szakellátóké. Jogilag, működési szempontból 123 olyan van közöttük, amelyik önkormányzati tulajdonú vagyont használ, és önkormányzati alapítású vagy önkormányzati, vagy nem is gazdasági társasági formában működő, és 160 olyan van, amelyik részben vagy vegyes, de ezt úgy értem, hogy az ingatlanvagyon maga önkormányzati, de aki használja, az üzemeltető egy magánszolgáltató, és van egy olyan kör, ami a fekvőben szinte egyáltalán nem létezik, ahol magántulajdon a vagyon és magántulajdonban van az azt üzemeltető is, csak van befogadási szerződése.

Jelenleg a jelentős változás az, hogy az államé lett a mögöttes felelősség a megyékkel szemben a korábbiak tekintetében a szakellátás helyzetében, tehát ha bármelyik szegmensben, e háromban adott esetben az illető szolgáltató nem tud tovább működni, akkor az állam mögöttes felelőssége nyilvánul meg, szemben a korábbiakban a megyével. A feladat nyilván az, hogy ezt a három kört különös specialitása mentén tekintve, azon belül a szakmai portfóliókat - hiszen az utóbbi körben a leggyakoribb az a néhány órás kis szolgáltató -, hogy ezek mentén, és figyelembe véve a kórházak helyzetét is ebben a képletben, és figyelembe véve egy bizonyos fajta átmenetet és magának a folyamatnak a szabályozhatóságát, ez a folyamat végbemenjen.

Azt merem gondolni, hogy akár a kormány mai és a következő napokban is meghozandó döntései kapcsán elég hamar világos, és azt reméljük, hogy megnyugtató képet tudunk majd erről a folyamatról felmutatni. De a döntés előtt ezt még nem tudom részleteiben megelőlegezni.

A befogadás kérdéséhez talán még annyit hadd mondjak, hogy azért 2010-ben az a meghökkentő élmény várt engem egyik oldalról technikailag, üzemszervezés szempontjából több mint száz olyan be nem fogadott befogadási kérelem hevert ott tulajdonképpen, aminek egy jó része muzeális, 2008-ból származó volt. Tehát ez egy picit azt jelzi, hogy a folyamat sosem volt egyszerű, a keretek esetleg bőségebb volta mellett sem, sok okból, de tény az, hogy megpróbálkoztunk legalább ennek az ügyintézési, szakhatósági részét rendbe tenni, hogy az elutasítások és a folyamat menedzselése menjen. Ez 2011-ben meg is történt. Amennyire tudtuk, akkor lezártunk sok mindent, és amit tudtunk, megléptünk.

Egy másik izgalmas kérdés, amit itt szakmapolitikai oldalról feszegetünk, hogy valóban nem könnyű, nem nagyon volt példa korábban arra, hogy ilyen alábontott egészségpolitikai, egészséghatékonysági, egészségnyereségi számítások alapján születnének a döntések. Tehát bizony, számos olyan helyzetet örököltünk meg, amikor adott esetben egy korábban megtörtént befogadás vagy akár méltányossági döntés után a következő, harmadik, negyedik, ötödik jelentkezőnél már nem volt mit mérlegelni, és ezek a ritka betegségek

esetében több tízmilliós, több százmilliós tételeket is jelenthetnek, amelyek kényszerpályáknak tekinthetők.

Egy harmadik folyamat alterálja még ezt a képet, de nagyon, az, hogy a befogadási technika világában egy új nagy rendszer jelent meg, a tételes gyógyszerbefogadás. Ami a Széll Kálmán terv mentén történt, hogy az eddig járóbeteg-finanszírozásban kiszolgált gyógyszerkör átkerült a tételes finanszírozás keretében máshová, azért azt is mutatja, hogy a befogadási irányok is másfelé mennek. Nyilván az az ezer befogadási kérelem nagyon alábontott, sok kisebb technikai ügy is van köztük, köztük van az orvostechológia, ne felejtjük el, ami szintén mostanában fejlődik fel, tehát nagyon sok minden alterálja ezt a képet.

Mi azt reméljük együtt, hogy amennyiben most a gyógyszer-politikai nagy döntések megszületnek, ezek lehetőséget teremtenek arra, hogy a most is valóban előttünk álló számos döntést megint végiggondoljuk, végigvigyük, és esetleg a döntések megszülessenek.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Főigazgató asszony!

Dr. Sélleiné Márki Mária főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válasza az elhangzottakra

DR. SÉLLEINÉ MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm szépen. Nagy tisztelettel köszönöm a dicséreteket és a jó szót, amit hozzám és a munkatársaimhoz intéztek. Én azt gondolom, hogy ez erőt ad nekünk, hogy tovább végezzük ugyanezen a feladatsoron a munkánkat a jövőt illetően.

Amikor a gyengeségekről beszéltem, többek között, nagyon sokat tudnék felsorolni, mert a mindennapjainak azért egy jelentős része - én is sok órát dolgozom, igen későig - azzal a nagyon erős kezű ellenőrzési tevékenységgel telik, hogy hogyan tudnám ennek az OEP-nek a működését jobbra tenni, és megláttatni kevésbé a hibákat.

Az, amit érintettünk, és ezt rögtön ki is emelem, hogy most érkezünk el oda, a gyógyszerellátás és a gyógyszer-támogatási rendszernél gyakorlatilag a nagy alap gyógyszer-támogatási rendszer és a tételes finanszírozású gyógyszerek mellett éppen körülbelül két hete döntöttük el, hogy most jön az egyedi méltányosságú gyógyszerek rendjének szabályozása. Mi is így látjuk.

Valóban kell lenni egy olyan rendnek, és köszönöm, hogy említette, hogy valóban meg tudja nézni a beteg, hogy miért nem fogadjuk mi be. Mert mi végigjárjuk azokat az utakat természetesen, hiszen jogszabály kötelez bennünket, hogy szakértői véleményt kérjünk, hogy minden nemzetközi tapasztalást vizsgálunk és vizsgáltatunk, mi magunk külön szakértőt alkalmazunk, stb. De azt látjuk, hogy ennek nagyon sok problémája van, és ebben részben a transzparencia sincs meg. Nagyon sok nehézséget okoz ennek a kommunikációja is, hiszen számtalanszor szembesülök azzal, és próbálok utánajárni úgymond a saját szervezeti dokumentációnkban, hogy a tévéből, rádióból halljuk, hogy gyűjtések vannak stb. Számomra kétségbeejtő, hiszen finanszírozzuk. Tehát finanszírozzuk a gyógyszereket, az eljárásokat, a külföldi gyógykezelést, számtalan olyan „szép példánk” van, amikor nagybeteg gyerekek utazását intézzük akár Amerikába, akár Nyugat-Európába, és dolgozik rajta tényleg egy komplex csapat, hogy minél előbb kiszállításra kerüljenek, tartják a kapcsolatot a kórházzal. Tehát van egy nagy munka, és mégsem jön át, hanem csak azok a „negatív”, általunk nem is nagyon ismert példák, amelyeknek az összefüggéseit nem tudjuk, hogy hogyan jelenik meg.

Például az egyedi méltányosságot mindenképpen egy ilyen gyengeségnek érezzük, és javítanunk kell. Javítanunk kell még nagyon ezt a szakmai kommunikációt, amiről beszélünk. Az általános kommunikációban szerintem sokat léptünk előre, hogy mit csinálunk, aminek számtalan jele van, de ez a szakmai kommunikáció, hogy megoldunk egy komoly feladatot,

azt akkor merjük elmondani, vezessük végig mindnyájan a rendszeren, és ez nem lehet idő kérdése, én is így gondolom.

Próbálom végigvenni, még egyszer köszönöm valamennyiüknek az úgymond, ha nem is azt mondom, hogy dicséretet, de legalábbis az elismerő szavakat a munkánk iránt, ami abban a szakmaiságban és úgy gondolom, hogy beteg- és szolgáltató-centrikusságban megjelenik, amit nagyon szerettünk volna itt elmondani, és én magam úgy érzem, hogy ez végül is sikerült is. Ez öröm számomra, és még egyszer nagyon szépen köszönöm.

Az nem kérdés, hogy azért a mai törvényhozási rendünkben törvényi szinten van szabályozva a társadalmi kockázatközösség elve, a szolidaritás elve, a jövedelemarányos kötelező biztosításnak az elve. Tehát azért megvannak természetesen azok az alap jogszabályok, amelyek ma is biztosítják, hogy igen, a társadalombiztosítás alapjai úgymond egyértelműek Magyarországon. Én ehhez ezt szerettem volna elmondani.

A befogadási kérelmek. Ebben az ezerben természetesen azok a generikus gyógyszerek is benne vannak, amelyeket folyamatosan fogadunk be és számtalan számban vannak. Amit helyettes államtitkár úr elmondott, körülbelül egy százon felüli szám az, amivel folyamatosan foglalkozunk, és száz volt, amikor átvettük, és most azért már emelkedett egy kicsit. A sajtónak is állandóan adjuk ezeket a számokat, hogy most milyen készültségi fokban van adott időpontban ezeknek a gyógyszereknek a száma.

Gyakorlatilag a befogadási eljárás egy nagyon komplex folyamat. Mi magunk is, amikor a gyógyszerkasszákat illetően dolgozunk, és a támogatási technikákat illetően különböző javaslattal élünk, nagyon nagy mértékben felhasználjuk a nemzetközi tapasztalatokat. Mi magunk egy Euripid-programban is részt veszünk, tehát nagyon sok adatunk és információnk van a gyógyszerről, a gyógyszer-támogatási rendszerekről és a gyógyszernek a különböző hatásaira vonatkozólag.

Tehát itt visszatérnék a befogadási eljárásokra, hogy igen, számtalan szakvélemény van, ami úgymond ellentétes azzal, mint amit mondjuk akár a befogadó kér, akár pedig van neki valamilyen módon egy rész orvosszakmai támogatottsága. Tehát komplex a feladat. Mi magunk arra törekszünk, hogy ebben a komplexitásban találjuk meg mindenképpen azt, hogy mi a betegbiztonság és a beteg érdeke.

Nagyon fogékonyak vagyunk, hogy az indikációkat bővítsük, hiszen az egy fontos előrelépés lehet. Nagyon képviseltük, hogy a tételes finanszírozású gyógyszerek körét kiterjesszük, ami egy biztos közvetlen beszerzést és egy közvetlen beteghez jutást erősít. De megmondom őszintén, ugyanúgy látom természetesen, mint ahogy helyettes államtitkár úr is, hogy nem lehet automatikus egy befogadás. Igenis, azt minden szempontból végig kell vizsgálni, és tudomásul venni, hogy azért a különböző gyógyszerkutatásoknak különböző fokozatai vannak, amelyekre figyelemmel kell lennünk. Ezt önök, akik ebben jártasak, és tudom, vannak itt ilyenek, azok pontosan ismerik.

Az adatvédelemről azt gondolom, hogy helyettes államtitkár úr részletesen beszélt, én magam nem beszélnék róla. Néhány gondolatot a várólistáról.

Igen, ez az első valid várólista. Én is pontosan tudtam kórházbeli gyakorlatomból, hogy egy esetszámot adtunk, olyan volt, amilyen. Tehát teljesítettük az adatszolgáltatási kötelezettségünket, hiszen csak a megfelelő betegséghez egy esetszámot kellett megadnunk. Ezért képviseltük nagyon határozottan, hogy legyen egy első alap-nyilvántartás, ami tényleg országosan egyértelműen megmutatja, hogy az egyes betegségekben – itt két részre bomlik, van egy kötelezően jelentett betegségcsoport, akiknek rá kell kerülni a várólistára, és van az, ami a 60 napon túli egy intézményben, és azt is kötelező vezetni, azt szintén országos szinten mi vezetjük, ennek a teljes körét. Tehát ez lehet alapja annak, aminek a céljából többek között készült is, hogy ez alapján lehet szakmapolitikai döntéseket hozni, ez alapján lehet a várólistát csökkenteni, és különböző szervezési technikákat, megoldásokat találni. De addig, amíg nem tudjuk, hogy egyes betegségekben hány ember szenved az országban, úgy, hogy az egymás

közötti, a megsokszorozódás is ki van szűrve, hiszen egy beteg előző adatszolgáltatásban akár az országban minden kórházban feljelentkezhetett, vagy legalábbis többen.

Tehát ez egy fontos rész a várólistával kapcsolatban.

Azt reméljük, hogy július 1-jével indult, most már vannak egyre jobb adataink, és ezek most már validnak tekinthetők és alkalmasak lesznek, mi azt képviseljük, hogy január 1-je után lehet olyan, amit már elsődlegesen értékelni lehet.

Nagyon érdekes, hogy ha a várólistára közfinanszírozásban a beteg felkerül és elmegy magánorvoshoz, akkor gyakorlatilag be kell hogy jelentse a várólistának, ennek a központi nyilvántartásnak. Tehát amit a kollégám elmondott, hogy körülbelül 70 ezer beteg van ma a várólistán, néhány száz, és azért nem merünk pontos számot mondani, mert azért még azt mondjuk, hogy tisztítjuk ezeket az adatokat, de eddigi ismereteink szerint néhány száz, aki azért jelentkezett ki a várólistáról, mert magánorvoshoz ment és „saját pénzén” megcsináltatta azt a műtétet vagy beavatkozást, mert elsősorban erről van szó.

A Magyar programban részt veszünk. Én tagja vagyok a KIM által létrehozott és szervezett bizottságnak. Ráadásul folyamatosan hallgatjuk meg az egyes témákat, tehát a nyugdíjasokra vonatkozóan sem észrevétel, sem eljárás és természetesen végrehajtandó pont sincs, hiszen pontosan ismerjük a pontokat. A pénzbeli ellátásra vonatkozóan valóban van egyszerűsítés, amit a munkatársam is elmondott, és mindenképpen a különböző nyomtatványok kitöltéséhez kapcsolódik például egy mostani, vagy volt az év elején is, annak a jogszabálya már ki is jött.

Körülbelül erről ennyit, nem gondolom, hogy Bodrogi úr ezt mondhatta, vagy legalábbis ilyen kontextusban használhatta. *(Dr. Cserhádi Péter távozik az ülésteremből.)*

Próbálom még végigvenni. A patikák, a háziorvosi rendszer, a rendszerfelügyelet támogatása. Azt gondolom, hogy ezt mindnyájan tudjuk, mi egy összegben támogatunk és egyfajta rendszerben támogatjuk a háziorvosokat és a gyógyszerárakat, tehát ilyen módon külön rendszertámogatási díjat én magam nem látok kivitelezhetőnek, hogy maga az OEP ezt, mint közfeladatot felvállalja. Azt látom, hogy az összebevételéből ezt mindenképpen szükséges végrehajtani.

Az tény, hogy az elektronikus informatikai rendszerben és az ágazati egészségügyi informatikai rendszerben az, amikor szóba fog jönni és eljutunk tényleg az államtitkár úr által gyakran és szívesen alkalmazott e-vénynek a kérdésköréhez, azt végig kell gondolni, hogy mit tud úgymond maga a projekt és az EU-s pályázat felvállalni, mármint ennek a végrehajtását illetően. De erről különösebben többet nem tudok mondani.

Próbálom végignézni, hogy mire nem válaszoltam még. Remélem, hogy sikerült végigvennem. Szeretném megkérni a munkatársamat, Gajdácsi Józsefet, hogy az ellenőrzéssel kapcsolatban néhány gondolatot mondjon el, és arra a kérdésre válaszoljon.

Dr. Gajdácsi József főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai

DR. GAJDÁCSI JÓZSEF főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm a szót. Elnök úr kérdésére válaszolva, valóban látszanak anomáliák számszerűsíthetően az ellenőrzésben, mint például az otthoni szakápolásban a 667 százalék. Bár most nincs előttem, de azt hiszem, hogy ez a szám volt ott, illetve a patikai ellenőrzésekben.

Ennek két oka van, illetve egy fő oka van, az, hogy az ellenőrzések egyrészt jogszabályban definiáltan megjelennek, illetve vannak, amelyeket az OEP saját hatáskörben végezhet. Például az otthoni szakápolás ellenőrzésére vonatkozóan jogszabályi kötelezettségből fakad ez a túldimenzionált ellenőrzés. Ez például felhívhatja a figyelmet arra, hogy jogszabályalkotói szinten esetlegesen liberalizálni lehetne az ottani szakápolás

ellenőrzését, vélhetően azért, mert az Egészségbiztosítási Alapban nem foglal el akkora súlyt, mint a többi terület. Talán erre felhívhatom így a figyelmet.

Természetesen a gyógyszerári ellenőrzéseknél is túldimenzionált az ellenőrzési jelenlét a kitűzött százalékos célokhoz mérten. Ennek is megvan természetesen az oka, mégpedig az, hogy az utóbbi időben az eddigi ellenőrzéseink kapcsán nagyobb készletgazdálkodási problémákat észleltünk a patikáknál, és emiatt országosan kiterjesztettük az ellenőrzéseinket, többször a társszervek közreműködésével, mint például a NAV. Köszönöm.

DR. SÉLLEINÉ MÁRKI MÁRIA főigazgató (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm szépen. Visszaveszem egy percre a szót, átnéztem a kimutatásomat, nem válaszoltam alelnök asszonynak a kérdésére. Nevezetesen hogy tervezzük-e, hogy a nagy értékű eszközöknek a központi beszerzését végrehajtsuk. Igen, tervezzük. Én magam, amikor az OEP-hez érkeztem, mindenképpen szerettem volna, hogy az OEP országos szinten érvényesítse ennek az előnyét. Dolgozunk és foglalkozunk ezzel, hogy milyen körben és milyen mélységig lehet ennek megtalálni a mozgásterét, de lesz, és én remélem, hogy lesz is.

Ahogy nagyon kiterjesztettük a tételes finanszírozású gyógyszerek esetében az úgymond központosított közbeszerzést, már az OEP-es központosított közbeszerzést, amivel azért jelentős pénzügyi előnyöket tudtunk elérni, ami szerintem különösen azért fontos, mert azért ez is egy zárt kassza, és ebből tudjuk úgymond a különböző átcsoportosításokat akár eszközökre, akár pedig eljárásokra menet közben megtenni. Köszönöm szépen a figyelmüket.

ELNÖK: Köszönöm szépen mindenkinek a jelenlétet. A bizottság nevében nyugodtan mondhatom, hogy a bizottság a tájékoztatót köszönettel tudomásul veszi, erről szavazást nem fogunk tartani.

Tisztelt Jelenlévők! Tisztelt Bizottság! Tájékoztatásul szeretném közölni, hogy a jövő héten két alkalommal lesz bizottsági ülésünk, hétfőn reggel 9.30 órakor és szerdán 10 órakor a módosító, kapcsolódó és bizottsági módosító indítványok miatt az egészségügyi salátatörvénnyel kapcsolatosan.

Talán még annyi megengedhető, hogy amennyiben a jelenlévők közül minél többen rendelkezésre tudnak állni, akkor maradjunk és köszönjük szépen a vendéglátást és mindent, amit kaptunk a mai napon, egy rövid kiállítás-megnyitóra kerülne sor az ülést követően. Ezzel a kihelyezett bizottsági ülést köszönettel, mindenki reflexióját megköszönve bezárom.

(Az ülés befejezésének időpontja: 13 óra 54 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva