



Ikt.sz.: EGB/17-1/2013.

EGB-5/2013. sz. ülés
(EGB-81/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottságának**
2013. március 20-án, szerdán, 10 óra 15 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Az egészségügyet érintő egyes törvényeknek az egészségügyi szakellátási felelősséggel kapcsolatos módosításáról szóló T/10240. számú törvényjavaslat</i>	5
<i>A bizottsági módosító javaslatok megvitatása</i>	5
<i>Tájékoztató az Új Széchenyi Terv, valamint a korábbiakban Új Magyarország Fejlesztési terv keretei között megvalósuló uniós egészségügyi tárgyú fejlesztések végrehajtásának előrehaladásáról</i>	20
<i>Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) bevezetője</i>	20
<i>Visszatérés az egészségügyet érintő egyes törvényeknek az egészségügyi szakellátási felelősséggel kapcsolatos módosításáról szóló T/10240. számú törvényjavaslat bizottsági módosító javaslatainak megtárgyalására</i>	25

Napirendi javaslat

1. Az egészségügyet érintő egyes törvényeknek az egészségügyi szakellátási felelősséggel kapcsolatos módosításáról szóló törvényjavaslat (T/10240. szám) (Kapcsolódó módosító javaslatok megvitatása)
2. Tájékoztató az Új Széchenyi Terv, valamint a korábbiakban Új Magyarország Fejlesztési terv keretei között megvalósuló uniós egészségügyi tárgyú fejlesztések végrehajtásának előrehaladásáról

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

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

Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Dr. Iván László (Fidesz)
Dr. Kupper András (Fidesz)
Dr. Szalay Péter (Fidesz)
Dr. Zombor Gábor (Fidesz)
Dr. Nagy Kálmán (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Hegedűs Tamás (Jobbik)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Gyenes Géza (Jobbik) dr. Kiss Sándornak (Jobbik)
Dr. Bene Ildikó (Fidesz) dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)
Bábiné Szottfried Gabriella (Fidesz) dr. Zombor Gábornak (Fidesz)
Dr. Daher Pierre (Fidesz) dr. Szalay Péternek (Fidesz)
Dr. Heintz Tamás (Fidesz) dr. Iván Lászlónak (Fidesz)
Dr. Horváth Zsolt (Fidesz) dr. Kupper Andrásnak (Fidesz)
Dr. Szabó Tamás (Fidesz) dr. Hollósi Antal Gábornak (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP) dr. Nagy Kálmánnak (KDNP)
Tukacs István (MSZP) dr. Garai István Leventének (MSZP)

Hozzászólók:

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

(Az ülés kezdetének időpontja: 10 óra 15 perc)

Elnöki bevezető, napirend előtti hozzászólások, a napirend elfogadása

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Tisztelettel köszöntök mindenkit az Országgyűlés Egészségügyi bizottságának 2013. március 20-ai, szerdai ülésén. Az előzetes napirendi javaslatokat reményeim szerint mindenki megkapta és a napirendek tartalmát is. Két napirendi pont tárgyalására kerül sor a mai napon. Az 1. számú az egészségügyet érintő egyes törvényeknek az egészségügyi szakellátási felelősséggel kapcsolatos módosításáról szóló törvényjavaslat, mely T/10240. számon lett benyújtva, a kapcsolódó módosító javaslatok megvitatása lett volna a feladatunk, de miután kapcsolódó módosító javaslat nem érkezett, így a bizottsági módosító javaslatok megvitatására kerül sor, mint első helyen kijelölt bizottság. A második pedig a tájékoztató az Új Széchenyi Terv, valamint a korábbiakban Új Magyarország Fejlesztési Terv keretei között megvalósuló uniós egészségügyi tárgyú fejlesztések végrehajtásának előrehaladásáról

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes. Aki az ismertetett napirendi pontokat elfogadja, kérem, kézfelemeléssel erősítse meg. (Szavazás.) Köszönöm szépen. Egyhangú.

Az egészségügyet érintő egyes törvényeknek az egészségügyi szakellátási felelősséggel kapcsolatos módosításáról szóló T/10240. számú törvényjavaslat

Akkor rátérünk az első napirendi pont tárgyalására. Tisztelettel köszöntök mindenkit, aki bizottsági ülésünkön részt vesz, munkánkat figyelemmel kíséri. A T/10240. számú törvényjavaslat tárgyalása keretében nagy tisztelettel köszöntöm a tárca képviselőjében Szócska Miklós államtitkár urat, Asztalosné Zupcsán Erika helyettes államtitkár asszonyt és Cserhádi Péter helyettes államtitkár urat.

Kérdezném is már előzetesen, hogy kormány- vagy tárcaálláspontot fogunk-e majd hallani a bizottsági módosító javaslatok ismertetésénél.

A bizottsági módosító javaslatok megvitatása

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! A négy módosító javaslatból a harmadik az, amely kormányálláspont alapján kerül ismertetésre, és a másik három pedig nem, ott csak tárcaálláspontot tudok mondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Akkor rá is térünk a bizottsági módosító javaslatok tárgyalására. Remélem, mindenki előtt ott van. Nem mondom, hogy nagyon hosszú idő volt a bizottsági módosító javaslatok végigtanulmányozására, ennek ellenére mégis kérném, hogy térjünk rá az első bizottsági módosító javaslatra.

A bizottsági módosító javaslat lényege az igazgatási tevékenységről szól. Én most nem fogom felolvasni a bizottsági módosító teljes szövegét, megkérdezném, hogy az 1. számú bizottsági módosító javaslattal kapcsolatban a bizottság tagjainak van-e kérdése, észrevétele, mielőtt a tárcaálláspontot meghallgatnánk. Tessék, Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Az észrevételem annyi lenne, hogy halvány gőzöm sincs az egészről és szeretném megkérdezni a bizottság tagjait, hogy önök közül hányan vannak, akik ezt átolvasták. Ez most került ide eléem. Ahogy így belelapoztam ez alatt az egy-két perc alatt, úgy látom, hogy még a címe is változik az egész törvényjavaslatnak, tehát erről felelősen dönteni szerintem a bizottság nem tud. Úgyhogy nekem alapvetően ez az álláspontom. Esetleg ha kaphatnánk egy kis ismertetőt ezzel kapcsolatban, mert úgy látom, hogy itt lényegi változtatások vannak. Tehát ezt átolvasni, erről konzultálni, ehhez 1-2-3 óra nem elég. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen, képviselő úr. Én a magam részéről, ha megengedik, nagyon röviden, inkább csak mint előterjesztő is szeretnék egy-két gondolatot kiemelni a bizottsági módosító javaslatból. Ennek az egyik lényeges eleme az, hogy az intézmények feletti tulajdonosi joggyakorlás esetén egyértelművé teszi, hogy az egészségért felelős miniszter irányítása alatt álló intézményekre vonatkozik, és nem terjed ki a honvédelmi és a belügyminiszter irányítása alatt álló egészségügyi szolgáltató intézményekre. Április 28-ai állapotot vesz figyelembe. Ez a módosító javaslat pontosítja, hogy amennyiben a szakellátási feladat nem teljesítése bekövetkezik, akkor e tekintetben az ingyenes használati jog kérdésére is kitér, továbbá a módosító javaslat egyértelművé teszi, hogy 2013. szeptember 1-jétől a kapacitás feletti rendelkezési jog a kapacitás-nyilvántartásban az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervként megnevezett szervet illeti meg. Továbbá kodifikációs, illetve nyelvhelyességi pontosításokat tartalmaz.

Kérdezném, hogy van-e valakinek még észrevétele ezzel a bizottsági módosítóval kapcsolatban, mert amennyiben nem, akkor a bizottsági módosítóval kapcsolatos tárcaálláspontot hallgatnánk meg. Van-e a bizottsági tagok részéről észrevétel? *(Nincs jelzés.)* Ha nincs, akkor megkérdezném helyettes államtitkár urat.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottsági Tagok! Valóban, ahogy elnök úr is mondta, ez az a módosító, amelyik az eredeti törvénytervezet törzsszövegéhez tartozó módosításokat tartalmazza elsősorban. Ebben az 1. §-ban ez egy visszautalás a szöveg 6. oldalán látható (8) bekezdésre, ahol azt a problémát kívánjuk orvosolni, ami az egészségügyi struktúra-átalakításnál elég markáns és visszatérő probléma, hogy a jelentési fegyelem minősége nem ideális a szolgáltatók irányából a saját, illetve a kiszervezett szolgáltatásokra nézve. E tekintetben egy szigorító bekezdésre vonatkozó felhatalmazás szerepel itt az elején, maga a bekezdés pedig a 6. oldalon, hogy a jelentési fegyelem elmulasztása bizony, következményekkel kell hogy járjon, mert az OTH például pont az ilyen hibák miatt került szembe azzal a helyzettel, amit januárban észleltünk, hogy nem ideális adatállománnyal próbált szakellátási területi kötelezettséget meghatározni.

Valóban a 2. oldalon, kiemelve a lényegeset, a dátum módosulása látható. A jogszabályi folyamat előrehaladásával módosítanunk kellett azon a dátumon - az április 15-ei dátumot 28-ára -, amelyik mint ahogy a múltkor is megbeszéltük, az az időpont és az a helyzet, amely feladatot, mint olyat, az érintett járóbeteg-szolgáltatóknak és fenntartóiknak tovább kell folytatniuk. Tehát ami tulajdonképpen a törvény tárgyát képezi, mint feladat, a dátum módosult. Ahogy elnök úr is kiemelte, az 5. §-ban teljesen helyesen kell tisztázni azt, hogy ez a joganyag valóban csak az egészségügyi miniszter által fenntartott intézmények körére vonatkozik, és nem a honvédelmi, illetve a belügyminiszter által fenntartottak körére. Tehát nem akartunk egyenként kivételeket tenni, ez teljesen jó gondolat így, hogy általában azt fogalmazza meg, hogy mit igen, és ebből következik az, hogy mit nem érint a törvény szövege.

A következő oldal technikai módosítás, a 3. oldal tetején az 5. § vége. Ez a csomagunk most utólag a tavaly májusi XXXVIII. számú, illetve az azt megelőző konszolidációs törvényt is általában foglalja, és itt például a XXXVIII. számú törvény szabályait veszi át és teszi véglegessé általában a tulajdonosi joggyakorló GYEMSZI és a Földalap tekintetében. A múltkori vitában már esett szó, hogy miért van erre szükség, hogy a két szervezet együtt nevesíttessék, mint az állam nevében eljáró szerv. Igazából itt több technikai módosítás van egymás után, nyelvtani vagy nyelvhelyességi, és igazából ami talán kiemelhető jelentős módosítás, a 6. oldalon látható, a fenti (8) bekezdés, ez az az újkezdés, amiről beszéltem,

hogy szigorodik gyakorlatilag még a közreműködői bejelentés kérdése is, annak kezelése az államigazgatás szempontjából.

Tulajdonképpen a végén van még talán egy jelentős módosítás, amit említett elnök úr, a 27. § vége felé, a (14) bekezdésben, ez nekem a 8. oldalon van, ez a szeptember 1-jei kapacitás feletti rendelkezés. Ez egy borzasztóan érdekes probléma, ami azt hiszem, nyilvánvalóvá vált Szeged és Pécs legfrissebb példájára, a két város, ahol az egyetem vette át még a kormányváltás előtt a városi kórháztól a feladatot, és mint kiderült, ez is egy példa erre, a járóbeteg-szakellátás kapacitásai, ami a mai napig nincs elvarrva, ezt a két egyetem végzi, és még a mai napig nincs ez a feladat pontosítva.

Eddig az időpontig lehet általában nemcsak a két említett városban, hanem az összes többi helyszínen, ahol ez még kérdés, tisztázni ezeket a kérdéseket az átadó és az átvevő között, ha volt ilyen folyamat. Ezután viszont a törvény automatikusan az új, az éppen a feladatot végző szervet nevesíti, tehát ilyen szempontból ott megegyezésre kell törekedni. De azt hiszem, ez elő is van készítve mind a két helyszínen és más egyéb területeken is. Lejjebb pedig a 28. § azért fontos, mert azt a felhatalmazót tartalmazza, amiről szó volt, hogy magának az átadás-átvételnek a folyamatát - amikor egy járóbeteg-szakellátásról úgy dönt a fenntartója vagy olyan helyzet alakul ki - szabályozni kell, és ezt az átadás-átvételi folyamatot kormányrendeletben kell szabályozni, és erre ad itt felhatalmazást a jogszabály.

Ami még talán fontos, a 29. § végén egy dátummódosítás, ez nem olyan releváns, de igazából komoly dologról van szó. Az a probléma, amivel itt szembenéztünk januárban, hogy nem szerencsés adatminőség és nem szerencsés jogalkotási helyzet birtokában kell korábbi törvényeknek megfelelni, azaz például a járóbeteg-ellátás tekintetében a progresszivitás és a TEK kérdését elrendezni. Ennek a dátumát kitoljuk, mert olyan sok mindent el kell még addig dönteni a jogszabályalkotás tekintetében a járóbeteg-ellátás progresszivitásában, és így tovább, hogy nem tartható ez a dátum sem. Ezért toljuk ki azt jelentősen, hogy ne okozzon ez most felesleges feszültséget a rendszerben úgy, ahogy tette azt most sajnos, az év elején, a törvény kénytelen végrehajtásakor. Ebben a módosítóban ezek a lényeges, kiemelhető pontok.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezném a bizottság tagjait, hogy az elhangzott kiegészítésekkel együtt - Kiss képviselő urat is kérdezném - esetleg sikerült-e a megnyugtató irányába elmozdulni. Garai képviselő úr!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm szépen, elnök úr. Nagyon röviden rákérdeznék, és ha a válasz megnyugtató lesz, akkor azt mondom, hogy bizonyos részletekben elfogadható. Az általános vitában is szó volt arról, hogy kifogások voltak, sőt a kormányzat részéről is voltak olyan elismerő nyilatkozatok, hogy még majd tovább kell ezen a törvényjavaslaton az aktuális szituációknak és problémáknak megfelelően változtatni. Itt több olyan apró részletet látok én is, ami azt mondom, hogy ilyen szempontból előremutató, és amit elnök úr is említett, ez a kapacitás feletti rendelkezési jog az egészségügyi szolgáltatásért, közszolgáltatásért felelős szervként megnevezett szervet illeti meg. Tehát ha jól értelmezem, akkor ez az egyetemeknek az ilyen jellegű átvállalása után egyfajta önállóságot biztosít, ha ezt jól gondolom, akkor erre kérnék egy megerősítést.

ELNÖK: Helyettes államtitkár úr!

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Nem, egy általános pont, ami itt van, csak példát hoztam fel rá, hogy mivel kerültünk szembe. Konkrétan pont egyébként Szeged volt az a helyszín, ahol ez a probléma nyilvánvalóvá vált, hogy amikor most a járóbeteg-kapacitások áttekintése, nyilatkozattételi kötelezettség országszerte feladat volt, és rengeteg megválaszolandó kérdés érkezett a minisztérium

működtette honlapra, akkor derült ki az a probléma is, hogy a mai napig nincs változás. 2010. január 1-jén történt, ha jól tudom, Pécsen például az volt a legutolsó ilyen változás, amikor a városi kórház működését átvette az egyetem ott helyben. A fekvőbeteg-ellátás rendben van, de a járóbeteg-szakellátás valahogy mindig hátrányt szenved, úgy látszik, ilyen ügyintézési szempontból, és a mai napig nincs rendezve az, hogy tulajdonképpen az önkormányzattól még nem került át a feladat nevesítve. Az egyetem végzi, az egyetemet finanszírozzuk, de amikor a kapacitás-szabályozásban például most nyilatkozni kellett volna, akkor elvileg a városnak kellett volna nyilatkoznia egészen furcsa módon.

Ezért döntöttünk úgy, vagy azt javasoljuk és ezzel értünk egyet, hogy egyszer s mindenkorra ezt a kérdést is el kellene varni, tehát még egy bő féléves idő van arra, hogy azok a helyszínek, nemcsak Szeged, valószínűleg több is van az országban ilyen, ahol ilyen kapacitásmozgás történt önkormányzati háttérből, ezek elrendeződjenek és szeptember 1-jétől világos helyzet legyen ebben. Csak egy példa volt az egyetemek, nem rájuk hegyeződik ki a dolog, csak ott volt releváns.

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Bocsánat, akkor gyakorlatilag értelmezhetem úgy, hogy ha eddig a határidőig egy komplex megegyezés történik, akkor oké, és akkor ez az egyetemek számára is egy elfogadható szakmai megközelítés. Jó. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Tulajdonképpen végül is ez a módosítás azt jelenti, hogy a korábbi, egyébként csatolt járóbeteg-ellátáshoz hasonlóan ő rendezi utólag azt a kérdést, amit eredendően akkor kellett volna rendezni, amikor megtörtént ez az úgynevezett integráció, de ez mégis kimaradt ebből a történetből, mert földrajzilag is másutt működik, akár a kórház, akár az egyetem működtette, vagy éppen Szegeden mind a kettő működtetett ilyen, és most ez egységes kör alá kerül ilyen formában.

Szalay főorvos úr!

DR. SZALAY PÉTER (Fidesz): Köszönöm szépen. Egy nagyon rövid kérdésem volna. Ugyanehhez a témához kapcsolódva, ez a kapacitás fölötti rendelkezési jog nem befolyásolja remélhetőleg a tárcának azt a lehetőségét, hogy a kapacitást szabályozza és változtasson a kapacitáson, miután az egészségügyi reformnak ez egy kulcskérdése.

ELNÖK: Helyettes államtitkár úr!

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Önmagában nem változtat. Nem könnyű ebben a helyzetben egyensúlyozni, amikor az önkormányzatoknak is kell - ez a múltkori bizottsági vitában is kiderült - bizonyos fajta stabilitást és megnyugtató helyzetet kínálni, hogy amit fenntartanak innentől kezdve, az egy jó ideig belátható portfólió. De ugyanúgy az állam szemszögéből is kell az a fajta biztonságérzet, hogy a strukturális elemekkel, a jogalkotással, finanszírozással, minimumfeltételekkel, mint szabályozási eszközökkel befolyásolható helyzetben neki is van módja a járóbeteg-szakellátás területén a folyamatokra befolyást gyakorolni, főleg úgy, hogy amiről beszélünk, azt mindig pontosítani kell. Beszéltünk róla, az csak 24 százaléka a járóbeteg-szakellátásnak, sőt azon belül tulajdonképpen csak az önkormányzati tulajdonúak, tehát a még kisebb százalék végül is, amit ez a törvény egyébként érint vagy érintett volna.

Tehát egy elég szűk szegmens ez, tehát az állam szerepe és lehetőségei ilyen szempontból nem változnak. Majd jön később egy módosító, ami a múltkori problémával foglalkozik, azzal a helyzettel, amikor ez az átadás-átvétel sorra kerül, majd ha a jövőben egy önkormányzat úgy dönt vagy olyan helyzet alakul ott ki, hogy nem tudja, nem kívánja

folytatni a fenntartói szerepét, feladatát. Egy nagyon izgalmas kérdés volt itt az, hogy ennél a gazdasági elszámolás hogyan történjen meg az átadó és az átvevő között, de ezt majd annál a módosítónál szeretném elmondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szalay főorvos úr!

DR. SZALAY PÉTER (Fidesz): Köszönöm szépen. Pontosan arra céloztam, hogy amennyiben a tárca úgy látja indokoltnak, pontosan a betegutak szabályozása szempontjából megteheti-e - nyilvánvalóan úgy érzem, hogy az a korrekt, hogy megtehesse -, hogy ha változtatni akar a betegutak relációjában, és ha azt mondja, hogy kérem, holnaptól kezdve az iksz területnek a bőrgyógyászati ellátását nem az önkormányzati tulajdonú bőrgyógyászat látja el, hanem a kórházi bőrgyógyászat, akkor ezt megteheti-e.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Megteheti, csak az igazságosság és a méltányosság érdekében megegyezések mentén teheti meg. De jelenleg is nagyon érdekes helyzeteket kell menedzselni, nem egyszer kerül szembe egyetem például egy GYEMSZI tulajdonolta intézménnyel, megyei kórházzal, mondjuk egy kardiológiai kapacitás, TEK kérdésében. A tárca nagyon érdekes helyzetben van, mert az egyik oldalról az egyetemnek közvetve fenntartója, a másik oldalról a GYEMSZI-n keresztül a másinak is közvetve fenntartója, de muszáj a két szervezet véleményét bírni ahhoz, hogy egy átadás-átvétel megtörténhessen. Ha mondjuk tíz község át kíván kerülni egyiktől a másikig közlekedési szempontok szerint, mind a kettőnek nyilatkoznia kell arról, hogy hozzájárul-e, ha nem, akkor egyeztetni kell.

Nyilván ez a járóbeteg-szakellátásban még élesebb lesz és kell hogy legyen, mert ott a fenntartói kör heterogénebb marad a fenti döntés következtében, tehát igen, a feladat végigvihető, a közigazgatási szabályok szerint végigviendő, de ezzel a méltányos és a feleket meghallgató és főleg az önkormányzati és lakossági érdeket is kezelni kívánó hozzáállással.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Egy mondatot mondanék, és utána máris Nagy professzor úrnak adom meg a szót. Amikor korábban erről a témáról már beszéltünk, akkor felvetődött az, hogy ebben a 24 százalékban az önkormányzat a feladatot továbbra is kívánja folytatni és magánál kívánja tartani. Itt a részletekben rejlik a megoldás fontossága, mert ha az önkormányzat úgy dönt, hogy nem így, nem úgy, nem ilyen, nem olyan formában, nem akarok a részletekbe belemenni, tehát itt majd az átvételnél kell nagyon-nagyon szigorúan a lakossági érdekeket, az ellátottak érdekeit figyelembe venni, nehogy sérültje legyen az ellátottak köre ennek az ottmaradásnak, mondjuk az állami szférába kerültekkel szemben. Nem tudom, hogy érthetően fogalmaztam-e. Tehát erre mindenféleképpen oda kell majd figyelni. Nagy professzor úr!

DR. NAGY KÁLMÁN (KDNP): Lényegében azt akartam mondani, amit az elnök úr. Amikor a tulajdonosi joggyakorlásnál két, egy állami és egy önkormányzati tulajdon egymás mellett működik, az mindig bizonyos fajta konfliktusforrásoknak a lehetőségét biztosítja. Ezt többször láttam. Éppen ezért ez a szabályozás nagyon precízen, vagy valamilyen nagyon precíz formában, de általánosan kell hogy legyen szabályozva, mert egyébként a működtetést nagyon nehéz realizálni, és akkor olyanfajta lehetőségek lesznek, amelyek teljesen eltérnek az országos gyakorlattól, attól lényegesen különböznek. Ez problémákat okozhat az egyes helyeken.

A másik dolog, amit meg akarnék kérdezni, hogy itt a honvédelemért felelős miniszter egy egészségügyi ellátást szolgáló vagyron felett is gyakorol felelősséget? A működtetésével

kapcsolatosan lesz valamilyen külön megegyezés az ellátási felelősség vonatkozásában a GYEMSZI-től, vagy ez hogyan, milyen formában valósul meg?

ELNÖK: Helyettes államtitkár úr!

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Az első kérdésre válaszolva, tehát általában a progresszivitás, kapacitás, területellátási kötelezettség kérdésében az Eftv. és a hozzá tartozó végrehajtási rendelet ugyan számos módosulással, de szabályozza ezeket a folyamatokat. Éppen az az érdekes, hogy tulajdonképpen a tavalyi évben, amikor a fekvőbeteg-szakellátás dominált, ez nem volt vitás, hogy ebben az évben láthatóan a járóbeteg-szakellátás kerül a célkeresztbe, kerül részben a törvény miatt, és kerül amiatt, amit átéltünk az év elején, amikor még a korábbi, előző kormány alatt született döntésekből származó TEK és kapacitás-kérdéseket kellett volna elrendezni.

Világosan kiderült, látva az itt is bemutatott problémákat, hogy sok sebből vérzik még a járóbeteg-szakellátás jogszabályi környezete, kezdve azzal, hogy a progresszivitás kérdésében rengeteg probléma van, de egy kardiológiai szakambulancia egy egyetemen egészen más, mint egy városi szakrendelőben működő kardiológiai szakrendelés. Jelenleg még messze nincs, még annyira sem pontosítva az ilyenfajta progresszivitás kérdése, mint a fekvőbeteg-szakellátásban.

Tehát azt lehet talán mondani, hogy most, ha ez a folyamat nyugvópontra kerül, akkor kell ezekkel foglalkozni. Ezt el is döntöttük, azt hiszem, tulajdonképpen folyamatában már indítjuk is azokat a tárgyalásokat, hogy a szakmával, a menedzserekkel és fenntartókkal le kell tárgyalnunk a progresszivitás kérdését a járóbeteg-szakellátásban, és csak utána lesz érdemes igazából rendszerszerűen vagy esetileg hozzányúlni a TEK kérdéséhez. Az építőköveket egymás után kell rendbe tenni ahhoz, hogy a végén egy álló épületet lehessen felépíteni belőle. Tehát nagyjából ez a sorrend várható.

Itt most kevésbé fog annyira dominálni a tulajdonlás, az átadás-átvétel kérdése, mint tavaly a fekvőbeteg-szakellátásban, így most egy kicsivel több idő marad az ilyen típusú szerves lépésekre, és azt reméljük, hogy ez így fog most egymás után következni. Tehát egy progresszivitás, jogszabályalkotás, minimumfeltételek kérdése és második lépcsőben az rendben van akkor az év végéig. Az ilyen TEK-kérdéseknek az elvárása mind a közép-magyarországi térségben, amelyik egy akut probléma, mind az előbb említett, a végén szereplő módosítóban, hogy elvileg a térséghatárokkal is harmonizálnunk kellene, sőt igazából a fekvőbeteg-szakellátással is harmonizálnunk kellene a járóbeteg-szakellátási TEK-et, de azt csak akkor érdemes, ha amit felhasználunk, a progresszív elemek már rendbe vannak téve. Tehát ez a folyamat várható itt.

A Honvéd Kórház esetében: elég sűrűn változik a Honvéd Kórház jogi státusza, most legutóbb is változott bizonyos mértékben, tehát a honvéd egészségügyi ellátás általában és maga a Honvéd Kórház sem mindig egy egységnek tekinthető rendszer. Bizonyos szempontból nagyon pozitív az együttműködés a Honvéd Kórházzal, hiszen az egyik legmarkánsabb lépés a struktúraváltásban, az észak-pesti traumatológiai és egyéb ellátás koncentrálása oda megtörtént, sok, nem könnyű előkészítés után, de zajlik, és szakmailag úgy tűnik, hogy rendben van.

Ez azt jelzi, hogy van egyértelmű szakmai együttműködés, és őket egyértelműen úgy tekintjük szakmailag, mint az egyik nagy közép-magyarországi térség vezető centrumát. Nyilván ezt még számos módon alá kell bontani ezzel az érdekes helyzettel, hogy két külön fenntartónak kell egészen magas szinten egyeztetni ebben a kérdésben.

De nagy makrodöntés úgy tudom, hogy most a közeljövőben ilyen szempontból nem várható, inkább ennek az együttműködésnek a csiszolása az, ami a jövő feladata. A nagy döntés már megvolt ezzel, hogy ez a fenti lépés megtörtént.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szeretném megkérdezni, hogy mivel elég sok bizottsági módosítónk van még, van-e további kérdés, észrevétel. *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, megkérdezném a tárca álláspontját, hogy a bizottsági módosító javaslatot a tárca támogatja-e.

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Igen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Aki támogatja a bizottsági módosító javaslatot, kérem, igen szavazatával erősítse meg. *(Szavazás.)* 16 igen. Aki nem támogatja? *(Nincs jelzés.)* Tartózkodás? *(Szavazás.)* 3 tartózkodás.

Tehát 16 igen szavazattal, 3 tartózkodással ezt a bizottsági módosító javaslatot elfogadtuk.

A 2. számú bizottsági módosító javaslat egy nagyon izgalmas témát, a közsférában foglalkoztatott egészségügyi dolgozók foglalkoztatási helyzetével összefüggő kérdések módosítását tartalmazza, praktikusán egyébként a nyugdíjkorhatárról van szó, ha magyarra szeretnénk fordítani ennek a bizottsági módosítónak a tartalmát. Kérdezném először a bizottság tagjait, hogy egy esetleges átolvasás, megismerés után van-e valakinek kérdése, észrevétele ennél a bizottsági módosító javaslatnál. *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor én tulajdonképpen nagyon-nagyon röviden, talán csak két-három mondatot emelnék ki a bizottsági módosító tartalmából. Egyrészt a közsférát érintően a nyugdíj és bérjellegű juttatások együttes folyósításának a tilalma, ami egy nagyon lényeges eleme. A másik a kieső nyugdíj kompenzálása mechanizmusának a kidolgozása tulajdonképpen szintén egy nagyon fontos eleme, illetve a távolléti díj meghatározása, de én nem ismertetném végig a bizottsági módosító tartalmát, megkérdezném, ha jól tudom, itt is tárcaálláspontot hallhatunk.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Elnézést kérek, tévesen mondtam, ehhez van kormányálláspont.

ELNÖK: Ehhez van kormányálláspont. Akkor mindenképpen kérnénk a bizottsági módosító javaslatról a kormány részéről az álláspont ismertetését tetszőleges szereposztásban.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Ez a jogszabálysomag elsősorban Páva Hanna helyettes államtitkár asszony előkészítésében alakult, aki külföldi távolléte miatt nem tud itt lenni. Itt van viszont közöttünk Asztalosné helyettes államtitkár asszony kollégám, azért is, mert némelyik jogszabály nem a mi jogszabályunk, hanem társadalombiztosítási, nyugdíjtörvényeket nyit meg, tehát ezért is örülünk annak, hogy itt van velünk, és ha kell, ő is tud válaszolni a kérdésekre.

Valóban itt a már többször megígért, elég komoly módosítási csomag érkezik, amellyel tulajdonképpen azokat a feszültségeket szeretné a kormány is kezelni, amelyek a 62 éves életkor felett a két jövedelem együttlőyósítása kapcsán már január 1-jén, az 1700/2012-es kormányhatározat mentén, illetve a nyugdíjtörvény módosításával még többekre kiterjedően, 2013. július 1-jétől vonatkoznának.

Valóban, ahogy elnök úr is mondta, ez a csomag lényegében ezt kezeli. Annyit tennék hozzá, hogy ennek van vagy kell legyen egy másik lába is, ahol ugyanis egy kormányhatározat van, ahol csak az eredeti kormányhatározatot kell módosítani. Ezt most csak gyorsan jelzem, hogy az a kérdés, hogy egy olyan intézményben, ahol a dolgozó nem

kérte a mentességet és ezzel az ott lévő szöveg szerint azt a státuszt nem lehetne betölteni, ez a pont módosul az egészségügy tekintetében. Tehát egy kormányhatározat fogja módosítani azt a kormányhatározat-szöveget, tehát ez a fajta veszély és sokfajta szempontból nem jól értelmezhető helyzet, hogy az igazgatónak azzal kell szembenéznie, hogy önhibáján kívül elveszíthet állásokat, minimumfeltételt, stb., ez ott fog eliminálódni. Ez a szöveg viszont, ahogy elnök úr is mondta, magáról a kompenzációról szól, tehát arról, hogy aki mentességet kért és támogatást kapott a szolgáltatótól, a minisztertől és a kormánytól, és továbbra is ott marad, július 1-je után vagy éppen most ne kerüljön anyagi hátrányba emiatt a korábbi státuszához képest. Ez vonatkozik más helyzetekre is, például a hölgyeknél a 40 éves munkaviszony után, és vonatkozik például a speciális egészségügyi nyugdíjazott helyzetekre, például a radiológusok életkori kedvezményeivel összefüggő nyugdíjakra is, hogy ezt pontosítsuk.

És valóban a szövegnek lényegében egy érdekes elemet is kezelnie kell, ez itt talán kiemelhetem, hogy a 2. oldalon a 2. § (3) bekezdése, mert az eredeti nyugdíjtörvény azt mondja ki, hogy mindazok mentesülnek egy fél évig az azonnali nyilatkozattétel alól, hogy melyik típusú tevékenységjövédelmet kívánják, akik 2013. január 1-jén közalkalmazottak voltak. Ez az egészségügy nagy részében igaz volt, de nem volt igaz abban a 28 gazdasági társasági formában működő intézményre, amelyeknek a dolgozói munkajogi státuszban vannak ebben a pillanatban is, és ez elég hamar meg fog változni ugyan, de már nem január 1-jén.

Tehát ha így maradna ez a joghely, akkor elvileg a fenti átadás-átvétel után ezek a kollégák egy rosszabb helyzetbe kerülnének, mint a már közalkalmazott társaik. Ezért ez a bekezdés, a (3) bekezdés a 2. oldal közepén kezeli ezt a kérdést. Tehát ez az, amiről beszéltünk a múltkor.

Egyébként valóban maga a rendszer nem változik, tehát ez a fajta mentességi eljárás, nyilatkozattétel marad. Ami talán a fontos, még kiemelendő, a definíciók a 8. §-ban szerepelnek, a 4. oldalon. A jövedelem-kiegészítés, amiről beszélünk, és aminek a lényege az, hogy valóban ez nettó értékben 100 százalékos kompenzációs kell hogy jelentsen a dolgozó szintjén. Az intézmény vezetőjének kell igényelnie ezt az összeget az illető kérés és támogatott dolgozója után. Ez egy adóköteles jövedelem, de nem képez nyugdíjalapot, ez egy lényeges dolog.

Ami talán fontos, a 16/B. bekezdésben itt a 4. oldal alján vagy alsó harmadában, hogy az eljárás lényegeként az adott intézményben lejelentett ilyen dolgozók után a kiszámolt jövedelem-kiegészítés bruttó érkezik az intézménybe járadékokkal együtt, és elvileg a munkáltatónak joga van döntenie arról, hogy ezt milyen mértékben használja fel. Az is lényege, hogy maga a dolgozó nem kaphat többet, mint amennyi a korábbi nyugdíja volt, ezen új jövedelem-kiegészítés azt nem haladhatja meg, elvileg kevesebbet kaphat, de elvileg a munkáltatónak a szöveg szerint azt a forrást, amit nem használt fel, viszont vissza kell adni, mert másra nem használhatja, tehát nem oszthatja szét más célra. Tehát azért eléggé korlátozott tulajdonképpen a mozgástér.

Azt gondolom, hogy ez a dolgozók szempontjából korrekt. Az is izgalmas itt az oldal alján a (3) bekezdésben, hogy értelemszerűen az egészségügyben nem ritka a többes jogviszony. Ezért ezt csak egy jogviszonyban lehet érvényesíteni, és szintén azért, hogy a dolgozók szempontjából a helyzet „túl méltányos se lehessen”, tehát nehogy átessünk véletlenül olyan hibákba, hogy megváltozik akaratlanul pozitív irányba. Kimondja az (5) bekezdés a következő oldalon, hogy fizetés nélküli szabadság, igazolatlan távollét idején nyilván nem jár ez a jövedelem-kiegészítés, viszont ami fontos alatt a (6) bekezdésben, amit a bérfejlesztésnél tavaly átéltünk, hogy azok az elemek, a távolléti díj, minimálbér, ezek nem számítanak bele ebbe a nyugdíjszámításba, tehát nem csökkentik a tételt. A minimálbérnek

például ehhez nem lesz köze, ez egy nettó összeg lesz, tehát nem járhat a dolgozó rosszul azért, mert mondjuk újra változik jó esetben jövőre a minimálbér mértéke.

Amit talán még kiemelnék, a 16/D bekezdésben itt az oldal alján, ami nagyon fontos, hogy ez az egész jogszabályi környezet nemcsak a most állami kézben lévő és költségvetési szervként működő 82 kórházra és szakrendelőre vonatkozik, hanem a szöveg szerint minden olyan munkáltató igényelheti, akinek a dolgozói július 1-je után érintettek lesznek. De hát a 28 gazdasági társasági formában működő intézmény működési formája persze megváltozik - mint tudjuk most már -, de érinti a járóbeteg-szakellátásban dolgozó, ilyen státuszú munkatársainkat, tehát nem az Mt-s munkatársakat és nem a közreműködőket, még egyszer, és érinti azt a 68 kollégát is, aki az alapellátásban a mai napig is, gyermek- vagy felnőtt alapellátásban közalkalmazottként dolgozik. Tehát minden egyes rétegre ki fog terjedni, mert a szolgáltató ezt a fajta jövedelem-kiegészítést igényelheti.

Ami a fontos, hogy ezeket a szabályokat viszont, hogy maga ennek az igénylésnek a szabálya hogyan történjék, szintén kormányrendelet fogja szabályozni. Erre utal a felhatalmazó a 9. §-ban. Tulajdonképpen ezek a lényeges elemek.

A 8. § a végén beszél arról, hogy a 28 gt. esetében is igaz lesz a 40 éves munkaviszonnyal rendelkező nők esetében járó korai, illetve a radiológusoknak járó kedvezmény. Tehát tulajdonképpen igyekszik teljes mértékben elvarrni az egészségügyi dolgozók esetében ezt a rendszert a jogszabály. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Ha jól értelmeztem, akkor helyettes államtitkár úr helyettes államtitkár asszonnyal a korábban előzetesen egyeztetett álláspontot ismertette a bizottsággal. Egy dolgot szeretnék mindenképpen megkérdezni, ha lehetne. Nagyon fontos eleme ennek a javaslatnak, itt egy számháború folyik, hogy hány embert érint ez a kérdés, és ebben nagyon sokféle számot hallhatunk különböző oldalról. Ha ezt esetleg lehetne konkrétan a bizottsági módosító kapcsán értelmezni helyettes államtitkár úr vagy helyettes államtitkár asszony részéről, akkor ezt nagyon megköszönném.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Nyilván az egészségügyi ágazatról tudok én most beszélni. Ezek a számok ugyanazok, csak az értelmezésük változik egy kicsit. De azt hiszem, hogy a kezdettől ezeket a számokat jeleztük, hogy a fent említett több mint 80, jelenleg is állami fenntartásban és költségvetési szervként működő, tehát az 1700/2012-es kormányhatározat szerint érintett munkatársaink száma összesen 3036 volt, és ehhez csatlakozik még 939 olyan közreműködő, akit akkor érintene ez a jogszabály, ha január 1-jén nem lett volna hatályos szerződése, mert akkor az ő szerződése kapcsán is ott intézkedni kellene, kellett volna.

Ez összesen 4 ezer munkatárs. Tehát ez a 3036, akik esetében most kellett működtetni a mentességi eljárást, tehát ők azok, akikre az a 2000 plusz 700-as szám elhangzik, de a 2700 jócskán és jól közelít ehhez a 3036-os számhoz, akik kértek mentességet, vagy akiknél a szolgáltató kérte a munkahelyi státusz fenntartását.

A gazdasági típusú kórházak átvételekor, tehát most, a 28 gt. esetében a miáltalunk bírt számok szerint további 282 dolgozó főállásban és 68 közreműködőként lenne érintett. És ha a járóbeteg-szakrendelőket is idevesszük, ott 638 kolléga, illetve 202 közreműködőként alkalmazott kolléga érintett. Ez körülbelül újra egy 1100-as nagyságrend, ami a fenti 4000-et kiegészítve adja ezt az 5100-et. Akikről nem kell most beszélnünk, az az 1400-1500 kolléga, akik az év közben töltik be a 62. évet. Itt a már év elején is 62 éves kor után dolgozókról beszélek, ezek a számok mérettek fel akkor, mert az volt a kormányhatározathoz kötött feladat, és akkor így jön össze ez a 4000 plusz gyakorlatilag 1000 és 1500 három pólusban az a 6500.

De minden félreértést érdemes elkerülni, hogy amelyik csoportról most a folyamat szól, ez a 3036 kolléga, akiknél bírjuk a szépen összegyűjtött és rendszerezett mentességi eljárásokra vonatkozó kérelmeket, illetve azokat, ahol maga a szolgáltató a státusz megtartását kérte.

Nyilván, ahogy a múltkor is kérdezték önök, a kormányrendeletnek kell majd azt szabályoznia, hogy amikor a 28 gazdasági társaságban szereplő dolgozói kör érkezik az állami közjogi státuszba, akkor a fent említett körülbelül 340 kollégáról kell valószínűleg ugyanúgy nyilatkozatot kérni majd és leadnunk. De mint hallották, a törvénymódosító szerint az a veszély őket sem fenyegeti, hogy ezt a nyugdíjat azonnal elvesztenék, ugyanabba a státuszba kerülnek a módosítással, mint a már Kjt.-s munkatársaik.

Tehát így jön ki ez a 6500-as szám, de azok a számok, hogy 4 ezer dolgozót az egészségügy veszít, ezek helytelen interpretációk, mert ők még nem is alanyai a folyamatnak ebben a pillanatban, így, ahogy az év során megyünk előre, kell egyenként számba venni ezeket a csoportokat és a mentességi eljárást lefolytatni.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezném a bizottságot, kíván-e valaki szólni. Iván professzor úr!

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Meg kell mondanom, hogy nehéz ezen a módosítón átrágnia magát az embernek, hiszen szakmai, szakmaközei dolgokról van szó, és ezeknek a szabályozása, ezeknek a harmonizálása nem egy egyszerű dolog. Egyébként kiváló munkát végzett a tárca, és meg kell mondanom, hogy ennek egy részét értem, egy részét nem értem, de remélem, hogy egy részét érteni fogom.

Egy pár apró kérdés az egész, amit most szeretnék feltenni ebben a relatíve tájékozatlan állapotomban. Az egyik, hogy én úgy látom, és úgy gondolom, hogy miután itt egészségügyi dolgozókról van szó, ezeknek az egészségügyi dolgozóknak a számszerűségében helyettes államtitkár úr is említette, körülbelül összességében olyan 4 ezer emberről van szó, ezen belül mennyi az orvos, tehát a diplomás, és mennyi a nem orvos?

Ezek nagyon lényeges kérdések, mert az egész stratégiának és az egész foglalkoztatáspolitikának egy nagyon lényeges része az, hogy az intézmények a jövőben mit kezdjenek ezzel.

A másik, hogy végigvonul, a 8. §-ban is jól lehet látni, a „juttatás” kifejezés, tehát a jogviszonyban álló egészségügyi dolgozók jövedelmének kiegészítésére szolgáló juttatás. A juttatásról fogalmilag az ember tudja, hogy mi lehet, a juttól kezdve sok minden lehet, de mégis a juttatás itt a fogalmazványban, jogszabályi szinten végül is hová tartozik, mit jelent ez? Ez egy határeset, lehet ilyen, lehet olyan, lehet amolyan. A kérdés, hogy hogyan alkalmazzuk.

A harmadik kérdésem, hogy körülbelül mennyi az az előre megbecsülhető költség, amit ez a közel 3-4000 embernek, egészségügyi dolgozónak az ilyen jellegű kompenzálása jelenthet? Tehát ez hogyan fogja terhelni a költségvetést, körülbelül milyen összeggel? És itt még egy utolsó kérdésem van, hogy miután ez egy statikus keresztmetszeti megállapítás, amit csináltunk, csinálunk és javasunk, hogyan várható a következő rövid távon, részben a kormányprogramban, részben pedig az egészségügyi törvényben, részben pedig az egyéb vonatkozásokban a következő évekre, nem azt mondom, hogy ötéves tervben, de mégis a következő években hogyan várható ennek a változása, mondjuk 2014-re, tehát az újabb költségvetési évre?

Én egyelőre ennyit szerettem volna megkérdezni, és még egy valamit, hogy maga az egész nagyon fontos módosítás nagyon sok embert fog érinteni. Nemcsak sok egészségügyi dolgozót, hanem fogja érinteni az egészségügyi dolgozókkal együtt élőket, hiszen az nem lesz

mindegy, hogy a családoknak, az egy háztartásban élőknek milyen következményei lesznek ebből.

Még ehhez kapcsolódik az a nem gyanakvás, inkább csak feltételezés, hogy hogyan fogjuk tudni, hogyan fogja tudni a kormányzat és a tárca is, meg mi magunk is, a parlament, hogyan fogjuk tudni megoldani azokat a kérdéseket, hogy lesznek-e - most egy ronda szót fogok használni - helyi kivételezések, protekcionáltság?

Tudom, hogy ez nem szakszerű kifejezés, de tudjuk, hogy mindig voltak ilyenek, vannak, és még lesznek is bizonyos jellegű megkülönböztetések. Nem azt mondom, hogy súlyos Btk.-ba ütköző diszkriminációk, de lesznek, hogy hogyan fogja a kórházigazgatás és hogyan fogják egyáltalán ezt a kérdést kezelni, erre van-e valami elképzelésük? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Gyűjtsük össze, hogy ha esetleg van kérdés a bizottság tagjai részéről. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Ez nem is kérdés lenne, én inkább megnyugtatót várok. Ahogy hallgattam helyettes államtitkár úr szavait, úgy éreztem, hogy ez a módosító javaslat egy technikai módosító javaslat. Tulajdonképpen a kórházaknak és a kórházak vezetésének nem lesz problémájuk a nyugdíjas orvosok vagy már a nyugdíjba menő orvosok bérezésével vagy anyagi juttatásával vagy bárminek nevezzük, tulajdonképpen ez ennek a technikai megoldása.

Tehát az egészségügyi dolgozók bérének csökkenését ez abszolút nem jelenti, ez tulajdonképpen egy belső dolog, ami alapvetően a minisztérium és az egészségügy felső irányítására tartozik. Tehát ha ez így van, akkor nyugtasson meg minket és az egészségügyi dolgozókat, hogy az ő bérezésükben és az ő megélhetésükben ez semmilyen negatívumot nem jelent. Köszönöm.

ELNÖK: Van-e további észrevétel? Hollósi képviselő úr!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen. Talán Kiss képviselő urat is megnyugtathatom munkáltatóként, hogy a dolgozók, illetve akár orvosok, akár szakdolgozók tekintetében egy kérdés volt: megmarad-e a nyugdíjam, tehát ezt most akkor nem veszik el és nem lesz kevesebb a jövedelemem. Munkáltatóként engem sokkal jobban érdekel, persze, hogy ez is érdekel, de az, hogy lesz-e valóban munkaerő, mert sajnos, végül is, azért ez volt a legnagyobb probléma. *(Dr. Iván László: És a legfontosabb.)* Igen, valóban a legfontosabb.

Összességében azt gondolom, hogy ennek a korábban hozott kormányhatározatnak a sokkoló hatása azért lassan lecseng, és azt igazolja - és én ezt jó szívvel mondom -, hogy a tárca és talán mi magunk is egy kicsit jobban tudtunk most érdeket érvényesíteni, ami szerintem nagyon helyes és nagyon jó. Garai képviselő úrra nézek, talán egy kisebb stüszi kalapot esetleg beszerezhetne időközben, mert azt gondolom, hogy a tárca folyamatos és kifejezetten határozott állásfoglalása nélkül nem ment volna. Azt gondolom, hogy ezt bátran el lehet ismerni, nem szégyen ez. Biztos, hogy még így is lesznek nehézségek.

Egyetlenegy dolgot mondjuk talán megkérdeznék, hogy jól értettem-e, hogy a nyugdíj időközben történő időszakos emelkedése vonatkozik-e a továbbiakra, de ez lehet, hogy benne van, csak én ezt valahogy nem találtam. Ha igen, akkor köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Garai képviselő úr!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm szépen. Ide kapcsolódnék, hogy államtitkár úrnak is javasolok egy kalapot, és akkor Gábor barátomnak és nekem is megemelheti a kalapját, mert ketten csináltuk újjá annak idején egyszer a kecskeméti és a félegyházi kórházat, és államtitkár úr mondta, hogy milyen nagyszerű lett ez a kecskeméti fejlesztés. Egyetérték vele. Utána meg egy 10,5 milliárdos meg egy 620 milliós fejlesztés is Kecskeméten megtörtént, úgyhogy akkor szerintem vegyünk egymásnak kalapot, aztán majd akkor emelgetjük. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Úgy gondolom, hogy itt egy nagyon lényeges kérdés nem hangzott még el, és engem nem azért nyugtat meg nagyon ez a bizottsági módosító javaslat, mert a végén én leszek az aláírója reményeim szerint, hanem a tartalmát illetően nyugtat meg valójában.

Az ágazati mentesség kérdése, amit sokan feszegetnek. Az ágazati mentesség azért nem értelmezhető e tekintetben, mert nem mindenki él ezzel a lehetőséggel. Tehát a választás lehetősége meg volt adva a munkavállalóknak, hogy ki akarja folytatni a munkáját, és ki az, aki nem kívánja tovább folytatni és a nyugdíját kívánja igénybe venni. Ilyen formában az ágazati mentesség ezt jogilag is egy kicsit nehezebben teszi értelmezhetővé.

Viszont én úgy gondolom, hogy amit hallhattunk, az a reflexió számomra legalábbis teljesen megnyugtató.

Mindenképpen az elhangzott kérdésekre akkor kérném a válaszok megadását. Helyettes államtitkár asszony!

ASZTALOSNÉ ZUPCSÁN ERIKA helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm szépen. Tisztelt Bizottság! Engedjék meg, hogy először én próbáljam meg a válaszadást, tekintettel arra, hogy önök is feltették azt a kérdést, hogy megmarad-e a nyugdíja. Itt most arra kell hivatkoznom, amit Iván képviselő úr mondott, hogy itt egy harmonizáció is megvalósul ebben a javaslatban, tekintettel arra, hogy önök tudják, hogy a nyugdíjrendszerben történő átalakulás igen fontos szabályokat érintett, például megszűnt az előrehozott öregségi nyugdíj lehetősége, helyette ellátássá változott, ami már nem nyugdíj. Tehát hogy mi a nyugdíj fogalma, az ebben az anyagban konkrétan nyomon követhető, mert kiemeltük, hogy mindemellett a 40 éves jogviszonnyal nyugdíjba menő nők viszont nyugdíjas státuszban maradnak a továbbiakban is. Ebből következően azok, akiket érinthet, igen széles korosztályt képviselnek, tekintettel arra, hogy például benne van az indoklásban, hogy azokat a szakképesítéssel rendelkezőket érinti, akik ha figyelembe vesszük, hogy 17 éves korukban megszerezhették a szakképesítésüket, ők a 40 év jogosultsági idővel most 57 évesen el tudnak menni nyugdíjba. Még egyszer mondom, miközben ha visszaszámoljuk, ők 1956-ban születtek, és nekik már 64,5 év lenne a nyugdíjkorhatáruk, és 2020-ban tudnának igazából elmenni nyugdíjba.

Én csak azért próbáltam ezt megvilágítani, hogy számos olyan kérdést kellett rendeznünk, ami ezeket a fogalmakat is a helyére teszi, hogy ki az, aki nyugdíjat kap, ki az, aki ellátást, ki az, akinek újra kell számolni adott esetben a nyugdíját. Egy dolog biztos - és ezt tudom mondani -, hogy akinek nyugdíja van, annak is megmarad a nyugdíja, tehát a 40 éves jogosultsági idővel rendelkező nőknek is megmarad a nyugdíja, sőt folyamatosan emelkedik. De az, hogy kettős juttatásban nem részesülhet, az rájuk is vonatkozik, tehát az egyik ellátásukat, mármint a nyugdíjukat arra az időre fel kell függeszteni és ott jön számításba az a kiegészítés, ami az ágazati érdekérvényesítést jelöli és amelyet az önök előtt lévő kiegészítés tartalmaz.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Államtitkár úr!

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Kiss képviselő úr kérdésére én válaszolnék. Igen, tehát aki a mentesítést megkapta, annak automatikusan a munkáltatója fogja ezt a kiegészítő juttatást biztosítani. Tehát ez őket innentől kezdve nem fogja érinteni, már úgy értem, hogy adminisztratív módon.

ELNÖK: Köszönöm szépen.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Akkor Iván László képviselő úr első kérdésére válaszol: a 3036 most említett mentességi eljárás alanyaiként ismert kollégák köre: 1140 orvos ebből a 3036-ból. Érdekes módon a következő körben, tehát a gazdasági társaság kontra szakrendelők esetében a 920 összes dolgozóból jóval több, 466, több mint a fele orvos. Nem tudom, hogy miért van ez a különbség a két csoport között, de ez a szám van a kezünkben. Ez a válasz professzor úr kérdésére, ez az orvosok megoszlása a fenti két nagy csoportban. *(Dr. Iván László: Ez nagyon lényeges.)*

Jogilag a juttatás egy illetményrendszeren kívüli speciális bérelemként fut, ahogy mondtam. Adóköteles, viszont nyugdíjjáru-lék-alapot nem képező jövedelemről van szó. Talán itt lehetne válaszolni Hollósi képviselő úr kérdésére, hogy a 8. §-t módosító 16/B. (2) bekezdésben szól a szöveg úgy, hogy ez a jövedelem nem lehet magasabb, de logikusan kevesebb sem a szüneteltetés hiányában egyébként megillető pénzellátás havi összegénél. Tehát ez azt jelenti, hogy ha nyugdíjas maradt volna az illető és emelkedne a nyugdíja, akkor ennél ez a bérelem, új bérelem nem lehet kevesebb.

A költségekre nézve: 6,3 milliárd forintot jelent a mi számításaink szerint ez a volumen, a fenti mentességi kört kérő kollégák utáni kompenzáció összege, de ez egy érdekes dolog, hiszen ők ezt eddig nyugdíj formájában kapták a Nyugdíjalapból. Tehát igazából jelenleg zajlanak a tárgyalások az NGM-mel ennek a jogi megoldására, hogy kell-e egyáltalán költségvetésitörvény-módosítás, vagy elég csak kormányelöirányzat-módosítással ezt megváltoztatni, hiszen a költségvetés végösszege nem változik, még akkor sem, hogy ha egyébként ez bruttó jövedelemként érkezik az intézményhez, viszont a járulék pedig újra visszaérkezik a költségvetésbe. Tehát tulajdonképpen a szaldó a költségvetés számára a mi tudásunk szerint lényegében semleges.

Ami viszont nagyon fontos kérdés, hogy a mi felméréseink szerint is az egészségügyi korfa nagyon nincs jó állapotban. Tehát az egy jelentős probléma, hogy már ennyien érintettek a nyugdíjazásban, és sajnos, a Ratkó-korszakot emlegetjük sokat, és valóban jól látszik, hogy az a korosztály most fog érkezni néhány éven belül, tehát ez a fajta probléma növekedni fog. Tehát például 2014-ben már jóval nagyobb volumen, 10 milliárdos nagyságrend is várható, ha ilyen mechanikusan a trend folytatódik tovább, ami valóban inkább arra utal, hogy nagyon masszív erőfeszítést kell folytatni a célból, hogy ezeknek a kollégáknak egyébként is az utánpótlását megoldjuk.

Kiss képviselő úrnak válaszolt államtitkár úr, és szerintem én is válaszoltam akkor Hollósi képviselő úrnak. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Szócska államtitkár úr!

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Annyi kiegészítést hadd tegyek, hogy ezek az adatok, amiket többek között a nyugdíjkérdéssel kapcsolatban nekünk fel kellett dolgoznunk, az emberi erőforrás monitoring és az emberi erőforrás kontrolling rendszerünk-ből jön. Az emberi erőforrás kontrolling rendszer, a HR kontrolling rendszer a GYEMSZI-fenntartású intézményekre a bérszámfejtési adatokból ad nekünk különböző metszeti képeket, és a HR-monitoring egy uniós finanszírozású projekt,

ami az alap- és működési nyilvántartásokat teszi rendbe. Egy olyan rendszert örököltünk, amiben nem tudtuk megmondani, hogy ki, melyik szakvizsgájával aktív. Nem tudjuk megmondani belőle, hogy a 87 éves patológus kolléga most dolgozik-e vagy sem. Összefuttatjuk most ezeket a különböző adatbázisokat, a működési engedélyes nyilvántartásnak, a Tisztiorvosi Hivatalban lévő és a gyógyszerfelírási szokásokat, a működést jellemző teljesítményadatokat az összefuttatásából látjuk már az emberi erőforrás képet, és igen, a következő lépés egy egészségügyi emberi erőforrás stratégia.

Tehát nemcsak céltalanul, adminisztratív módon gyűjtjük ezeket az adatokat, hanem számos stratégiai lépés következik majd belőle.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Bocsánat, még egy jelentős kiegészítést tennék. Azt hiszem, Iván képviselő úr kérdezte, nagyon fontos és jogos felvetés volt, mi is rögtön szembesültünk ezzel a problémával: a kivételezés lehetősége. Egy menedzsment vezetőnek elvileg a kormányhatározat nem szabott korlátokat a tekintetben, hogy kinek a mentességi kérelmét támogatja, kiét nem, milyen indoklással és így tovább. Ezért úgy döntöttünk az első pillanatban, január elején, hogy a GYEMSZI egy olyan körlevelet bocsátott ki - biztosan tudják az érintettek - az intézményeknek, ahol egy igen bonyolult, a fenti logisztikai sorba illeszkedő Excel-táblában kellett még azt is feltüntetni, hogy mi azt adtuk meg, hogy az ön intézményében az alábbi kollégák érintettek az életkoruk miatt láthatóan ebben a kérdésben, ad 1. történt-e mentességi kérelem. Tehát azt sem lehetett elmaszkírozni, hogy benyújtott-e vagy sem a kolléga, tehát látnunk kellett. Ha nem nyújtott be, nyilván nincs tovább út. Ha benyújtott, támogatta-e, indoklás, miért.

Tehát gyakorlatilag ebben a pillanatban a tárcsa nemcsak összegyűjtötte egyenként az egyéni mentességi eljárásokat, hanem táblázatban, aláírással hitelesítve gyűjtötte össze intézményenként. Tehát a dolgozóknak és nekünk is szerintem később, ha bármilyen feszültség ennek kapcsán felmerül a dolgozó részéről, lesz módja a fenntartónak, a GYEMSZI-nek, esetleg az OTH-nak vizsgálatot indítani vagy bármilyen módon beavatkozni, ha a dolgozó úgy érzi, hogy övele szemben esetleg ilyen eszközt használtak ki méltánytalanul, és így tovább.

Tehát ezt igyekeztünk, amennyire lehetett, korrektül csinálni.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Garai képviselő úr!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm szépen. Kérdésem és észrevételem is lenne az elhangzottakhoz. Arról volt szó, hogy a mentességet kapók a munkáltatótól kapnak juttatást - professzor úr, megint itt van ez a kifejezés -, ami adóköteles, de nyugdíjjarulékot nem képez. Tehát ha ezt csak matematikailag nézzük, akkor ez egy bruttósított nyugdíjazást jelentene elviekben. Ha pedig azt az ígéretet megkaptuk, hogy azért az érintett nyugdíjasok nem járnak rosszabbul, akkor ez úgy mond egy pluszkiadás, de az egyik zsebből a másik zsebbe. Tehát igazából, ha matematikailag a végeredmény egy egyenlő és igazából... (Dr. Szócska Miklós: *Nettó egyenlő*.)... nettó egyenlő, akkor azt lehetne mondani, hogy az egész eljárásban mondjuk a kezdeti lelki problémáknak, amelyeket felvetett, talán semmi értelme nem volt, mert azért egy hosszú időszakban itt nagyon sokan kínlódtak lelkileg, hogy mi lesz a sorsuk. Most talán ez egy kicsit reményteljesebb egy fokkal, de összességében mondjuk elkeserítő lett volna, ha nettó mínusz lett volna, mert akkor ez azt jelentette volna, hogy az érintett dolgozók rosszabbul járnak, de ha nulla, akkor az állam szempontjából egyik zsebből a másik zsebbe kerül. Ha mondjuk ezek a zsebek nem lyukasak, még talán akkor sincsen különösebben jelentősebb értelme a dolognak, és itt rengeteg részletkérdést felvetettünk, aminek a kidolgozásával is - és szó volt még itt az ellenőrzéséről

is - majd foglalkozni kell, és aztán elképzelhető, hogy itt arról is szó volt, hogy bizonyos speciális szituációkban, speciális hozzáállás lehet egy adott konkrét esetben. Azért ez lokálisan egy-egy érintettnél azért okozhat lelki és egyéb problémákat, és az érintett vezetőket is nehéz helyzetbe hozhatja. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Szócska államtitkár úr!

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Ezzel mi tisztában vagyunk, hogy milyen nehéz élethelyzetek vannak az egészségügy teljes vertikumában, ettől függetlenül annyit hadd mondjak megnyugtatóként, hogy itt több ágazat emberi erőforrás kérdéseinek a kezelése zajlott országos szinten, és itt most igazából az egészségügyre vonatkozó részletszabályokról beszéltünk. Tehát ha az országos szintű egyenlegét nézzük, amihez én nem is mernék hozzászólni, akkor más az egyenleg. Azt tudom mondani, hogy a kormány látja és tudja a speciális utánpótláshelyzetet, demográfiai helyzetet az egészségügyi dolgozók területén, úgyhogy ennek megfelelőek ezek a részletszabályok. Tehát a képviselő úr által elmondottakhoz még az egyéb ágazatok emberierőforrás-helyzetét is hozzáteszem, ami egyes ágazatokban messze nem ilyen, mint az egészségügyben.

Úgyhogy ezeket így együtt kell nézni.

ELNÖK: Helyettes államtitkár úr!

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Egy rövid megjegyzés. Szintén képviselő úrra reagálva, a hírekben is szó volt arról, hogy nyilván egy egyszerűbb megoldás lett volna technikailag a senior ösztöndíj, amely hasonlóan a rezidens ösztöndíjhoz, egy adó- és járulégmentes jövedelem, senior ösztöndíjként futott. Pont ez mutatja azt, hogy ez egy üzenetében és helyzetében nagyon nem kedvező megoldás, hogy egy 62 év fölötti korosztálynál ösztöndíjat nevesítünk, ez nem trend, azt hiszem az oktatás, kutatás, kultúra, egészségügy világában, de ez világos volt, hogy egyre inkább problémás volt.

Tehát azt gondolom, ez, hogy egy bizonyos ilyen költségvetési transzfert vállaltunk, ez végül is ezt a fajta üzenetproblémát talán kioltotta és most már rendbe tette ezt a fogalmat. Tehát ez magyarázza azt, hogy végül is miért ez a döntés született.

A másik: azért annyit pontosítsunk, hogy a dolgozók esetében az általános nyugdíjszabályok nem változnak, tehát a jövedelmük több sem lehet logikusan persze, mint amennyi korábban volt. Tehát például az a szabály, a minimálbér 18-szoros küszöbe a munkavégzés mellett, az továbbra is áll ebben a helyzetben, illetve ezek a szabályok benne vannak a joganyagban, ahogy az előbb is próbáltam erre utalni.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Úgy gondolom, hogy elég mélyen körbejártuk a kérdést. Én mindenképpen szeretnék köszönetet mondani azért is, hogy kormányálláspontot hallhattunk, azért is, hogy az NGM és a minisztériumunk két tárcája ilyen szoros együttműködésben szerintem egy nagyon megnyugtató választ adott, engem legalábbis személy szerint meg tudott nyugtatni ebben a tekintetben. Ezzel együtt kérdezném, hogy ennek a bizottsági módosító javaslatnak a kormány részéről van-e támogatottsága vagy nincs. Támogatja-e a kormány?

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Igen.

ELNÖK: Tehát a kormány támogatja ezt a bizottsági módosító javaslatot. Aki támogatja, kérem, hogy igen szavazatával ezt erősítse meg. *(Szavazás.)* Egyhangú. Köszönöm szépen.

Közben látom az órát és Szócska államtitkár urat nem szeretném feltartani, csak kérdezném, hogy lenne-e számunkra valami mondanivalója az elmenetele előtt, vagy időben hogy állunk? Elnézést, nekem az órát is figyelnem kell közben.

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Elnézést kérek, nem tiszteletlenségből, de Varga Ferenc, a Kórházszövetség korábbi elnöke elhunyt, és nekem muszáj elmennem az ő temetésére, tehát ezért kellene, hogy felálljak. Viszont akkor egy ügyrendi kérésem volna. Azért én a fejlesztési programokkal foglalkozó jelentéshez szerettem volna néhány szót szólni bevezetőként, és még hátra van két módosító. Hogyan járunk el?

ELNÖK: Én úgy gondolom, hogy megszakíthatjuk.

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Mondjuk ha fél 12-kor elmegyek, akkor még odaérek.

Tájékoztató az Új Széchenyi Terv, valamint a korábbiakban Új Magyarország Fejlesztési terv keretei között megvalósuló uniós egészségügyi tárgyú fejlesztések végrehajtásának előrehaladásáról

ELNÖK: Úgy gondolom, hogy erre mindenféleképpen tekintettel lennénk, és az államtitkár úr bejelentésének megfelelően kérném a bizottságot, hogy álljunk fel egy percre Varga elnök úr emlékére. *(A bizottság tagjai egyperces néma felállással adóznak az elhunyt emlékének.)* Köszönöm szépen.

Szócska államtitkár úrnak adnám meg a szót, és utána folytatjuk. Megkérdezném a bizottság tagjait, hogy egyetértene-e a munkánknak ezzel a módosításával. Kénném, hogy ezt azért erősítsük meg mindenképpen! *(Szavazás.)* Köszönöm szépen.

Államtitkár úr, parancsolj!

Dr. Szócska Miklós államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma) bevezetője

DR. SZÓCSKA MIKLÓS államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Köszönöm szépen. Így, ebben az egy perc csöndben éppen azon gondolkodtam, hogy 2003-ban én még egyetemi emberként az uniós csatlakozás hatásaival, egészségügyre gyakorolt hatásaival kapcsolatos kutatást végeztem a kollégáimmal, akkor indultak a HR-migrációs kutatások, és elnök úr akkor az egyik támogató volt. A kórházában is külön programok voltak erre, ez most csak így beugrott az emlékeimben.

Szeretettel köszöntöm a bizottságot, és köszönöm, hogy ezzel a kérdéssel foglalkozik. Mindjárt az elején el kell mondanom, hogy ez tulajdonképpen egy ilyen rövidített útikalauz az uniós fejlesztési programokhoz, és ezt már többször mondtuk, én javasolnám a bizottságnak, hogy négy nagyobb területtel akár külön is foglalkozzon az elkövetkező fél év során.

Az egyik általában az ellátórendszer fejlesztése és a fejlesztési programok kapcsolata, a másik az eHealth, az elektronikus egészségügyi szolgáltatás fejlesztésének a kérdésköre, a harmadik a népegészségügyi programok, a negyedik pedig az emberierőforrás-fejlesztés, az emberierőforrás-stratégia. Tehát ezekkel mind külön-külön volna értelme foglalkozni.

Csak hogy mutassam, hogy milyen szintű, akik itt közel vannak hozzám, azok jól látják, ez egy ilyen projektterkép. *(Felmutatja a táblagépjén lévő ábrát.)* Ez az a projektterkép, ami felöleli azt a közel 400 milliárdnyi erőforrást, ami a különböző fejlesztési

programok révén az egészségügybe kerül ebben az uniós költségvetési időszakban, és nemcsak ez az ágazat bonyolult.

Ez azért ilyen bonyolult, mert a különböző operatív programokba kerültek bele az egészségügyi operatív programok mellett más operatív programokból olyan részek, ahol le kellett követnünk ezeket a programokat. Egy terület még számomra is egy kicsikét mélyebb elemzést igényel, ez a határon túli kapcsolatokra építkező kétoldalú projekteknek a támogatása. Mindig, ami ott a hely szelleméből, a hely adottságaiból gyökerezik, és ennek egy nagyon komoly, változatos projektterképe van, az nem szerepel ezen a térképen.

Tehát egy nagyon komoly bürokráciát örököltünk meg, megörökölt eljárásrendet kaptunk, megörökölt problémákat kaptunk, és azt lehet mondani, hogy ezek a problémák egészen a kórházi ágazat átvételéig tulajdonképpen porlasztott, egyedi párbajok során rendezendő problémák voltak. Nekünk 2010-ben és a fekvőbeteg-intézmények átvételekor, a járóbeteg-ellátás elemzésekor egyfajta stratégiai leltárt kellett készítenünk, és egyfajta stratégiai megfeleltetést is kellett készíteni, hogy vajon, azok a programok, amelyek eddig megvalósultak, amelyek folyamatban vannak, vagy még hátra vannak, azok megfelelnek-e egy átfogó ágazati stratégia céljainak.

Azt kell mondanom, hogy ez volt talán a legnehezebb munka, hogy ezt a stratégiai megfeleltetést megcsináljuk a programoknál.

Három fő célunk van, ez egyértelmű, hogy a polgáraink egészségesebbek és egészség tudatosabbak legyenek, hogy aki már megbetegedett, azt egy hatékony, fenntartható ellátórendszerben lássuk el, és ebben az ellátórendszerben motivált, innovatív emberek dolgozzanak. Tehát minden erőforrás ezeket a célokat szolgálja. Azt kell mondanom, hogy például amikor a járóbeteg-ellátás térképét valaki megrajzolta, az sem nem gondolta végig az emberierőforrás-ellátottságot, sem nem gondolta végig az ellátási útvonalakat, sem nem gondolta végig az intézmények és az ellátórendszer különböző szintjeinek egymáshoz való viszonyát. Tehát nekünk létező programok stratégiai szerepét is át kellett gondolnunk, és át kellett gondolnunk, hogy mihez kezdünk velük. Őszintén el kell mondanunk, hogy úgy érkeztünk meg 2010-ben, hogy az akkor átadott járóbeteg-ellátó intézmények, amelynek én személyesen vágtam át a szalagját, a polgármester rám nézett, hogy finanszírozás, én meg az avatáson jelen lévő papokra, tisztelendőkre, lelkészekre néztem, hogy akkor az ő közbenjárásukat kérném a finanszírozásra, mert nem volt félrerakva forrás az egyébként többletkapacitás-befogadási döntéssel bíró kórházakra, és nem volt nyilvántartása a többletkapacitás-befogadási döntéseknek.

Ezt Cserháti helyettes államtitkár úr el tudná mondani, hogy mibe tartott neki kinyomoznia, és az új ellátási térkép megrajzolásakor az utolsó nap este a végpapír közül is többletkapacitás-befogadási határozatokat húzott ki 2007-2008-2009-ből.

Nagyon komoly gondot okozott nekünk úgy általában, hogy projektszemléletűek voltak mondjuk az emberierőforrás-fejlesztési vagy a népegészségügyi programok. Tehát arra az adott feladatra kiírtak egy közbeszerzést, jött egy tanácsadó cég, leoktatta vagy legyártott mondjuk 35 ezer stresszlabdát, ezek most is valahol a raktárakban állnak, utána levonult, és sem az nem volt tiszta, hogy erre miért volt szükség, sem pedig egy intézményes gyakorlat, nem intézményesült mindaz, amit ezeken a területeken gondoltak. Tehát egy nagyon komoly munka volt.

Hadd mondjak néhány ilyen példát. Például volt a korai fejlesztési program, ahol... nem, inkább mást mondok. A védőnői méhnyakszűrő program, ami rövidesen megjelenik, ott például ilyen megoldások voltak, hogy akkor majd valamilyen közbeszerzési eljárás mentén jön valaki, aztán leoktatja a mintavétel folyamatát a védőnőknek. Nem, ezt bele kell vinni a védőnői curriculumba, a képzési kimeneti követelményekbe, az öt védőnőképző karral megállapodást kell kötni, az adott jogszabályokat módosítani. Nem kell erre külön erőforrás, hanem célzottan erősödjön meg a védőnőképző intézményrendszer. Tehát ezeket az

összekötéseket egyenként és külön-külön ebben az ágas-bogas rendszerben össze kellett raknunk. Tehát egy nagyon komoly módszertani, intézmény- és szervezetfejlesztési munkával kötöttük össze mindazt, amit csinálunk.

Most van az a pillanat, amikor azt mondhatjuk, hogy például az infrastruktúra, az ellátórendszer struktúrájának a fejlesztéséhez kapcsolódó projekteknél rendelkezésünkre fog állni, megszülettek azok a döntések, hogy minden szükséges többletforrás, ami a projektek befejezéséhez kell, ne felejtjük el az ingadozó árfolyamot, stb., a 2007-es árfolyamon való tervezést, tehát mindennek a problémáját pénzügyileg is kezelniük kell. Örömmel tudom jelenteni, hogy most az a helyzet van, hogy megszülettek azok a döntések, amelyek ezeket a többletforrásokat a különböző futó projektek befejezéséhez rendelkezésre bocsátják.

Mi úgy kezeljük általában az összes fejlesztési erőforrást, hogy ez egy stratégiai programportfólió. De itt különböző operatív programokban meglévő forrásokról beszélünk, itt van a Svájci Alap és a norvég hozzájárulás is. Ők, mint nem Uniós-tagok, azért elvégzik azt a kvázi tagdíjbefizetést vagy fejlesztési hozzájárulást, hozzáteszik a működéshez. Mi megfeleltettük ezeket a programokat a fő céloknak, és ez például így mutatkozik meg, hogy az alapellátás stratégiai fejlesztésére vagy a mentálhigiénés, pszichiátriai ellátás fejlesztésére viszonylag korlátozott erőforrások álltak rendelkezésre az egyéb programokban vagy nem voltak koordináltak. A Svájci Alap főleg az alapellátás fejlesztésével foglalkozik, a norvégban a mentálhigiénés hálózat és egy-két pszichiátriai ellátást érintő fejlesztés benne foglaltatik, és például nem tudtunk eszközt venni a védőnőknek a korai fejlesztési program kérdőívének, az elektronikus felméréseknek az elkészítéséhez. A Norvég Alapból vesszük meg a látogató védőnőknek a táblagépeit, tehát hogy ne papíralapon képződjenek a jelentések, hanem egyből a háziorvos, iskolaorvos, védőnő, gyógyterapeuta, szükség esetén gyógypedagógus egyből lássa egy közös adatbázisban azt, ami megtörténik.

Tehát itt az utolsó, látom, hogy jön egy erőteljes bólogatás, de azt tudom mondani, hogy egy héttel ezelőtt intéztük el azt, hogy ne egyenként kelljen megvenni azt a 3 ezer táblagépet, hanem lehet erre egy központosított közbeszerzési eljárás. Tehát nagyon bonyolult eljárásrendeket is megörököltünk, ez nem feltétlenül a belső előkészítési probléma volt, hanem ezek bürokratikus rendszerek uniós szinten, és már dolgoznak azon, hogy az egységes védőnői információs rendszernek a logikai rendszertervét már készítik.

Tehát így egy rövid elkalandozással hadd evezek át akkor, hogy tulajdonképpen milyen programokról is ad ez számot. Még egyszer ismételném, hogy tekintsük ezt egy bevezető összefoglalónak és a négy területen találkozunk újra. Az ellátórendszer fejlesztésében az alapellátás főleg a regionális programokban kapott szerepet, ez tulajdonképpen koordinálatlanul egyedi, regionális programokban pályázható rendelőfejlesztéseket, eszközfejlesztéseket jelentett. Ennek az egészségügyi stratégiai koordinációját már utólag nem tudtuk a rendszerbe beletenni. Biztos jó, ez ott egyedileg biztosan szolgálja az ottani lakosok és a szakma művelőinek a minőségérzetét, de ez nem egy statikus erőfeszítés volt. A járóbeteg-ellátásról már ejtettem néhány szót.

Mindannyian ismerjük a Pólus-programokat, amelyeket a bürokrácia kátyújából, a forráshiány kátyújából kellett kilöki, elvileg a munkák ütemesen zajlanak, ahol már beindultak a rehabilitációs programok. Erről helyettes államtitkár úr tudna többet mondani, a struktúraváltó program, a 2.2.4-es TIOP-programoknál a forráshiány többé nem probléma. Az eljárásrendeket nagyon keményen felügyelni kell és az onkológiai programra most érkeznek be a pályázatok. Itt egy egységes onkológiai ellátórendszer-fejlesztési stratégia mentén, szereposztás mentén juthatnak fejlesztéshez a megyei, a területi onkológiai centrumok, az országos centrum fejlesztése lezajlott.

Úgyhogy ami pénz még hátra van, ez pedig egy az egyben a TIOP 2.2.6-os programokban került összevonásra. Itt a struktúraváltásnak a céljait támogatjuk, integráció, funkcionális integráció, struktúraváltás, funkcióváltás, a főbb ellátórendszer-fejlesztési

célokra jut erőforrás és ennek keretében már a kórházaknak egy hosszú távú fejlesztési tervet kell készíteniük, amihez az adott szereposztás - tehát mindenkiről tudjuk most már, hogy mi az ő feladata -, az alapvető szereposztás rendelkezésre áll. Ez az intézmény egy közösségi egészségközpontként működik, ez az intézmény térségi központként működik, tehát megvan az a 7-8 kategória, aminek a mentén az abban megfogalmazott feladatokra képessé kell tenni az intézményeket, és erre fognak tudni pályázni. Ez egyben a hosszú távú jövőnek is a kereteit meg fogja adni.

Idesorolható még a mentőszolgálat fejlesztése, a 22 új és 60 felújított mentőállomás, a 200 mentőautó, a mentésirányítás rendszere, aminek a tendere zárás előtti fázisban van, és a Véréllátó Szolgálat fejlesztése is ide, az ellátórendszerhez sorolható.

Az eHealth rendszerekkel foglalkoznék a következőben, mert ebből van, ami már megindult és van, ami most van az előkészítés utolsó fázisában. Az eHealth fejlesztésekre mi nem úgy tekintünk, mint nagy giga információtechnológiai programokra. Amikor például a HR-monitoring rendszer egy eHealth program, akkor az alap működési nyilvántartás rendbetétele, de ezt úgy kell megcsinálni, hogy egy olyan portál is létrejöjjön, ahol az emberierőforrás-igényt a munkáltató jelezni tudja, és nyilvántartja a diákokat is. Tehát az állás megtalálása könnyebb lesz, tehát - egyfajta csúnya szóval mondva - egy ilyen emberi erőforrás clearing house létrehozására irányul az erőfeszítés. Itt most, ahogy mi beszélünk, van egy olyan iroda Budapesten, ahol telefonon hívják az embereket, hogy a nyilvántartási adatai rendben van-e, tisztítjuk az adatbázisokat, tehát intenzív munka zajlik körül.

Ennek keretében valósul meg az elektronikus recept, ennek keretében korszerűsítik az OEP rendszerét. Ez egy EKOP-program, tehát itt bejön egy másik operatív program, az elektronikus kormányzással foglalkozó program, és a másik nagyon komoly kérdés a közhiteles adatbázisoknak a megteremtése, tehát hogy a működési nyilvántartás, szerződés-nyilvántartás, ezek mind egységesek, közhitelesek legyenek, és egy helyen képződjenek a rendszerben, és összekössük az intézményeket.

Tehát a közeli jövőben elérhető lesz az, hogy a háziorvos látni fogja az ország másik részén egy kórházban végzett beavatkozásnak az eredményét vagy a diagnosztika eredményét. Akinek Apple hordozható gépe van, az e-kórlap, ami egy magáncégnek az alkalmazása, az e-kórlap már azokra a jogszabályváltozásokra építkezve teszi elérhetővé az összes közfinanszírozott beavatkozáshoz való hozzáférést a háziorvosnak, aki oda regisztrál, amiket mi annak érdekében hoztunk, hogy az e-egészségügyi rendszerünk fejlődni tudjon. Az adatvédelmi hatósággal egyeztetünk, tehát az az adatkezelési elv, amit mi ehhez használni szeretnénk, az egy elvi bólintást kapott, hogy mehetünk tovább ezen az úton. Egységes ágazati informatikai rendszer kialakítása a cél, az intézmények összekötése a cél, és ezekre kreatív alkalmazások fognak épülni, csak egy példát hadd mondjak. Ha van egy pollentérképünk, ami aktuálisan mérődik az országban, az aktuális mérések alapján áll össze, akkor ez a program mobil alkalmazáson álljon a lakosság rendelkezésére, hogy személyre szabottan tudja a különböző allergiás betegségektől szenvedő, hogy éppen most minek a szezonja van, és ugyanúgy megkapja az értesítést erről, mint ahogy a barátai sms-ét megkapja. Tehát ilyen jellegű ellátásfejlesztésre is számíthatunk.

A háziorvos ugyanazt az adatot fogja látni, mint a kórház, úgyhogy ez az alapvető cél.

Az emberierőforrás-fejlesztésnél muszáj kiemelnem, hogy például a struktúraalakításnál számos ilyen fejlesztés volt, hogy sürgősségi osztályok fejlesztése. Ugyanakkor nem volt mögötte egy egyértelmű emberierőforrás-fejlesztési koncepció, az a 750 ember, aki a fejlesztések miatt a rendszerből hiányzik, az igazából - most azt hiszem, 11 milliárdot használtak fel eddig a szakképzési és a foglalkoztatási forrásokból, 69 kórház pályázott az egyikre, 91 kórház a másik programra. Tehát itt már a struktúra átalakításához kapcsolódóan emberierőforrás-fejlesztési források is rendelkezésre álltak, tehát bízunk benne, hogy ezek a rendszerek a hiányterületeket elkezdik befoltozni, a szakképzés szintjén

mindenképpen, a nővérutánpótlás tekintetében mindenképpen, hiszen ennek segítségével a kórházakba oktató nővérek kerülnek, akik az oda jelentkező ösztöndíjasokkal foglalkozni fognak.

Tehát egészen biztos, hogy már vannak is ilyenek, akik dolgoznak. Tehát itt a helyi utánpótlásra, helyi foglalkoztatásra kiható megoldásokat dolgoztunk ki.

Az utolsó, amiről szólnom kell, a népegészségügyi programok, amelyek most fognak igazából kibontakozni. Ebben az egyik, ami már folyamatban van, ez a védőnői korai fejlesztési program, a 0-7 éves korig történő szűrésnek az új módszertanával, ennek az oktatásával, kiterjesztésével és elektronikus formában történő bevezetésével foglalkozik. Rövidesen indul a védőnői szűrőprogram kiterjesztése, itt az 5 ezer fő alatti településeken a védőnők lesznek felelősek a méhnyakszűrésért. Egy megyében az eddigi kísérletek, amelyek válogatott praxisokra vonatkoztak, teljes lefedettséggel végigvisszük a vastagbéliszűrő programot, készülve arra, hogy hogyan lehet ezt országos szinten megteremteni, és az egészségfejlesztési irodák hálózata, itt olyan 80 körüli intézmény nyerhet, ennek nyáron megvolt a leadása, bízom benne, hogy az eredményhirdetés rövidesen nyilvános lesz.

Tehát a szűrési aktivitást tudni fogjuk, a szűrési és egyéb prevenciós aktivitást tudjuk majd koordinálni, egyelőre 80 egészségfejlesztési irodával. Kaposváron, Hódmezővásárhelyen és még számos helyen van egy egészséges város hálózat, számos helyen van olyan helyi népegészségügyi mintaprogram, aminek a tapasztalatát próbáljuk elterjeszteni. Ezek az egészségfejlesztési irodák létező, ne adj' isten funkcióváltó járóbeteg-intézmények köré szerveződnek, tehát aki ott nem akut ellátást nyújtó kollégaként dolgozik, átnyergelhet a prevenció irányába, ha ez iránt elkötelezettséget érez, és ők koordinálnák a védőnő, a háziorvos, az ellátó intézmény, a mentőszolgálat népegészségügyi aktivitását, amiben az újraélesztési betanítástól a helyi életmódprogramokig minden szerepel. A helyi életmódprogramok pályázata is lezárult, ezt egy automatikus pályázatként jelölte meg az akcióprogram, ahogy ezt mi megörököltük, és ezeket az aktivitásokat próbálnák koordinálni az egészségfejlesztési irodák.

Ez egy ilyen nagyon gyors ízelítő volt, mintha egy helikopterrel átrepültünk volna a fölött a térkép fölött, amit én itt felmutattam. Azt tudom mondani így zárásként, hogy... bocsánat, a svájciról nem beszéltem, még két dolgot muszáj mondanom. Ott 24 praxis bevonásával, praxisközösség, csoportpraxis és a háziorvosi ellátás mellett az ápolói, roma egészségügyi, tehát egy ilyen kiterjesztett alapellátási funkciónak az együttműködő formáival kísérletezünk, főleg Hajdú-Bihar, és ha jól emlékszem, Heves a praxisok terepe. A norvég projektről, ahol a mentálhigiénés ellátórendszer, az alapellátást támogató és a kórházban a mentálhigiénés panaszokat észlelő, detektáló és az ellátórendszerben tovább adó hálózatnak a kifejlesztésén dolgozunk. Azt tudom mondani, hogy itt a high-security osztály megteremtése Cserháti államtitkár úr nagyon komoly erőfeszítéseinek köszönhető, tehát a pszichiátriai ellátás, ennek a módszertani központi fejlesztése is a norvég projektből erősödik, és ott már az első telediagnosztikai rendszerünk fejlesztésére is jut forrás. Ez a telepatológiai konzultációs rendszer lesz, tehát például az emberi erőforrás, a patológia területén meglévő és várhatóan a demográfiai metszet alapján várhatóan a következő 10-15 évben fennálló emberierőforrás-problémára egy technológiai, egy logisztikai szervezési választ kívánunk adni. Tehát megteremtjük annak a lehetőségét, hogy az ellátórendszer különböző szintjén, a diagnosztikai ellátórendszer különböző szintjein meghatározott munkamegosztásban egy konzultációs rendszeren keresztül szervezzük meg a patológiai diagnosztikai munkát.

Tehát ilyen dolgokat teszünk hozzá még a projekthez. Utoljára zárszóként elmondanám, hogy ez három tekintetben mindenképpen próbára teszi az ellátórendszert. Az egyik az, hogy minden gondunk, bajunk ellenére meg kell találnunk a stratégiai programalkotásra az időt és az energiát. Tudom, hogy ha napi fenntartási gondokkal küzd valaki, és fejlesztési álmai vannak, akkor egy stratégiai megfeleltetésen, egy stratégiai

gondolkodáson át kell vezetni ezeket a gondolatokat. Ez egy komoly vezetői és helyben egy komoly alkalmazkodási stratégiai felkészülési munka, hogy ez egy egységes rendszer és egy egyértelmű munkamegosztás legyen.

A másik kihívás az, hogy a végrehajtásban megfelelő gyakorlatiasság és pragmatizmus érvényesüljön, többek között azért - és ez lenne a harmadik -, mert ezek az uniós programok nagyon komoly bürokratikus rendszerek. Tehát sokszor az adminisztratív kötelezettségnek való megfelelés átveszi a szakmai gondolkodástól a fő szerepet, mert annyi adminisztratív munka van ezekkel a programokkal, hogy hogyan vagyunk kellőképpen gyakorlatiasak úgy, hogy nem felejtjük el a stratégiai célokat, ez egy kihívás, amivel minden egyes program szembenéz.

A harmadik pedig az adminisztratív intézményrendszernek és az adminisztratív bürokráciának a kezelése, ez egy komoly kihívás. A kórházak erről be tudnak számolni, hogy amíg ezen az akadályversenyen, hogy a terveik, álmaik megszületésétől eljutnak odáig, hogy megfogják a falakat, addig milyen magától értetődő közbeszerzési követelményeknek kell megfelelni, a műszaki értékelése hogyan zajlik egy beruházásnak, tehát ez egy nagyon komoly próbatétel, hogy a bürokratikus keretrendszernek meg tudjanak felelni a kollégák.

Próbáltam egy ilyen őszinte harctéri beszámolót adni erről, hogy fejlesztési fronton mit csinálunk.

ELNÖK: Köszönöm szépen. *(Dr. Iván László jelentkezik.)* Elnézést kérek, professzor úr, vissza fogunk a második napirendre térni, de vissza kell térnünk a módosítókra, mert szeretném, ha a bizottsági ülést tudnánk abszolválni a szavazatok szintjén is. Tehát akkor raktározzuk el ezeket az információkat a második napirendi pont keretében ennek a megbeszélésére.

Államtitkár úrnak köszönjük, és kérjük, hogy bennünket is képviseljen ezen a szomorú eseményen. *(Dr. Szócska Miklós: Köszönöm szépen.)* Köszönöm szépen. *(Dr. Szócska Miklós távozik az ülésteremből.)*

Visszatérés az egészségügyet érintő egyes törvényeknek az egészségügyi szakellátási felelősséggel kapcsolatos módosításáról szóló T/10240. számú törvényjavaslat bizottsági módosító javaslatainak megtárgyalására

Folytatjuk a munkánkat, és visszatérünk a bizottsági módosító javaslatok tárgyalására. A harmadik bizottsági módosító javaslatnak a tartalma az egészségügyi ellátórendszernek, az átvétellel kapcsolatos problémáknak a taglalását jelenti. Szerintem ez egy nagyon rövid bizottsági módosítás, gondolom, mindenki el tudta olvasni.

Itt szintén tárcaálláspontot hallhatunk, de helyettes államtitkár urat kérném, hogy a tartalmát illetően foglaljon állást a tárca képviselőjében.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Ez az a módosító, amiről az elején beszéltem, hogy abban a helyzetben, amikor azt gondolom, hogy a kormány egy nagyon rugalmas magatartást tanúsított a nem integrált önálló járóbeteg-szakrendelők jövőképe tekintetében, akkor ezt nyilván nem akarja tenni felelőtlenül. Hiszen ahogy a fekvőbeteg-szakellátásban is megtörtént a két kötelező lépés mentén vagy pontosabban zajlik igazából a konszolidáció, itt is az a nagy kérdés, hogy egy önkormányzat, amelyik korábban ezt a feladatot vállalta és végezte, amikor ezt már nem teszi és adott esetben ehhez a lépéshez valamilyen pénzügyi terhek kötődnek, adósságok, lízingdíjak, amelyekkel találkozunk, tagi kölcsönök és így tovább, azokkal mi történik. Valamilyen módon azt a fajta biztonságérzetet, ami persze nagyon fontos a szakmai mögöttes felelősség tekintetében, ami fennáll továbbra is, ahogy az előbb a kérdések kapcsán, akár a struktúraalkotásban konkrétan szóba is került, kiegészítsük egy bizonyos olyan pontosítással,

hogy ez a fajta konszolidáció milyen mértékű lehet. Tehát hogy előre az önkormányzatok, a fenntartók azért jól lássák azt, hogy milyen határok között kell tudniuk maradni az intézményműködtetés tekintetében, ezért tehát ennek a módosítónak a leglényegesebb pontja az 1/d bekezdésnek ez a vége, hogy az állam által e lépéssel átvállalható adósság tőkeösszege nem haladhatja meg azon átvett vagyon értékét, amelyhez kifejezetten nevesítetten kapcsolódóan keletkezett és nem terjedhet ki folyószámlahitelre.

Azt hiszem, ez egy lényeges pontosítás a tekintetben, hogy az állam mit tud konszolidálni egy-egy ilyen lépésnél, és akkor ennek aztán később az eljárásrendjét szabályozza a (4) bekezdés az Államadósság-kezelő Központ bevonásával, úgy, ahogy az most történik az önkormányzatok általános konszolidációja keretében, az egészségügyi intézményeknél is a költségvetési törvény két említett kivételes 72. és 76. §-a szerint.

Tehát ennyi pontosítást tartalmaz ez a lényeges módosító, amit a tárca támogat. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezném a bizottság tagjait, hogy ennek értelmezését illetően van-e kérdése, észrevétele valakinek. Garai képviselő úr!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Ezzel kapcsolatban volna kérdésem, mert itt megint visszatérhetünk a juttatás kifejezéshez, itt az ezzel kapcsolatos mondat, hogy kifejezetten és nevesítetten az átvett vagyonhoz kapcsolódóan keletkező adósságról van szó.

Most kérdés volna az, hogy milyen adósság keletkezhetett mondjuk ilyen egészségügyi intézményben, ami nem a betegellátással kapcsolatos, mert nem gondolnám, hogy ilyen egészségügyi intézményekben mondjuk a rendelőintézet végén egy külön kocsmát nyitottak, és az is adósságot termelt volna ki. Tehát egyrészt az alapelv egy kicsit olyan zavarosnak tűnik, másrészt a megfogalmazásban nincsen pontosan benne, hogy mi az, ami nem tartozhat bele az adósságállományba. Másrészt pedig életszerűen azért mondanék egy adatot, hogy 2009-ben az önkormányzatok összességében 92,5 milliárd forinttal járultak hozzá az egészségügyi ellátó intézmények működtetéséhez, felújításához, fejlesztéséhez, tehát a tulajdonos önkormányzat és mások. Az elmúlt években ez a fajta felhalmozódott adósság azért egyértelműen a működtetés komplexitásából keletkezett, és úgymond az elmúlt iksz esztendő is, most nem akarok senkit megbántani, mert azért az egészségügy többé-kevésbé az elmúlt hosszú időszakban alul volt finanszírozva sok tekintetben.

Ha ezt nézzük, akkor ezt azért a tulajdonosokra nem lehetne áthárítani, és akkor a következő a kérdés, hogy a vagyonátvétel után az adósság iksz százaléka lesz átvéve, akkor vagyon nyekk, az adósság ipszilon százaléka pedig akkor ott marad még az eredetileg volt tulajdonosoknál?

Szóval azért egy kicsit ellentmondásos dolognak tűnik, úgyhogy én ezért úgy gondolom, hogy ha egy tulajdont átvesz valaki, akkor talán az azzal összefüggő, teljes mértékű adósságot ebben a szituációban illene átvenni, mert ha eddig nem volt akár szakmai kifogás, polgári jogi kifogás - a többi ilyen rövidítést nem említem az adósság keletkezésével kapcsolatban, ami tükrözi azt a mondatot, amivel kezdtem, hogy gyakorlatilag azért a betegellátással összefüggésben ebbe beletartozik a felújítástól kezdve a működtetés, a fejlesztés, stb. -, akkor úgy gondolom, hogy ha ezt eddig nem kifogásolta senki sem, hogy ez miért történt meg, akkor most ezt ott is el kellene ismerni, amikor az adósság átvétele megtörténne. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Nincs előttem az egész törvény, én itt úgy értelmezem, helyettes államtitkár úr, hogy ez nem a mostani áprilisi átvételre vonatkozik, hanem majd a későbbiek során, amikor már egy önkormányzat lemond a feladatról. Tehát ez a paragrafus arra vonatkozik - és én megértem a kormányzat aggodalmát -, hogy egy önkormányzat, miután a feladatot végrehajtja, de egy év múlva meggondolja magát és egy csomó hitelt felvesz, és utána a hiteltől megszabadul. Én ilyen kontextusban támogathatónak tartom ezt az elgondolást, de csak ebben. Tehát még egyszer mondom: nem a mostani áprilisi átvétellel kapcsolatban, hanem majd a későbbiek során. Köszönöm.

ELNÖK: Igen, teljesen így van, én is ezt erősítettem volna meg, amit Kiss képviselő úr mondott, hogy itt ez meglehetősen csekély töredéke, ha úgy tetszik, akik pillanatnyilag ebben a törvényjavaslatban a feladatot mindenképpen állami kézbe akarják adni, de itt azért egyfajta gátat mindenképpen szabni kellett. Ez teljesen szinkronban van egyébként az önkormányzatok adósságállományának a kezelésével kapcsolatos hozzáállással, mert ott is az volt a történetnek a lényege, hogy azokat nem lehetett finanszírozni államilag, amelyek utólag kerültek be.

A felmerült kérdésekre megkérném helyettes államtitkár urat, hogy válaszoljon.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Hadd kezdjem az utolsó kérdéssel. Itt valami félreértés lehet, pontosabban a képviselő úr se keverje össze, már bocsánat, a 28 gazdasági társasági kórházzal, tehát járóbeteg-szolgáltatókról van szó, ez világos. Itt most áprilisban nem lesz átvétel, pont ez a lényege a jogszabálysomagnak. Tehát egy ilyenfajta általános átvétel, amit a nyilatkozat megtétele előtt a korábbi törvényi helyzet indokolt, tehát tehetett, nem lesz, hanem most már látjuk, hogy egy április 28-ai státusszal rögzített feladat fenntartása az, ami az önkormányzatnál kell hogy menjen a továbbiakban is. Amennyiben a későbbiekben ő úgy dönt, hogy ezt nem tudja megtenni, akkor indul be az a folyamat, amit részben ez a törvény, részben az előbb is említett kormányrendelet kell hogy szabályozzon.

Valóban ezen belül pedig ez a pontosítás került bele, nagyon hasonlóan, ahogy elnök úr is mondta, úgy az önkormányzatok, mint az ahhoz kötődő egészségügyi, fekvőbeteg-szolgáltatók jelenleg éppen zajló konszolidációja kapcsán észlelt tapasztalatokba. Tulajdonképpen hogy őszinte legyek, igazából a társtárcaikkal nagyon komoly vitákat folytattunk ezekről a kérdésekről, mert bizony, eléggé érthető felvetés volt az a gazdasági tárca részéről, hogy általában csak a felhalmozási típusú, bármilyen követelést tekintsük a konszolidáció alanyának, miközben számos esetben önhibánkon kívül örököltünk meg az állami kézbe vétel után tagi kölcsönöket, lízingeket. A gazdasági társaság illet is tud hozni, a költségvetési szervek világában nem ismert ez a fogalom, kezességek tömegével, mindez hol euróban, hol svájci frankban, hol forintban, ezeket átszámítani árfolyamon, szóval nem egy könnyű jelenleg ennek a menedzselése a fekvőbeteg-szakellátásban.

Az az álláspont, amit itt látunk, amennyire én tudom, a tárcák között egyeztetett álláspont, tehát a Belügyminisztérium, a Nemzetgazdasági Minisztérium, mi magunk és a KIM is egyeztetett erről, és ez egy mindenki számára elfogadható. Itt mindenki más szemmel nézi a történetet, a Belügyminisztérium az önkormányzatok szemével nézi, a Nemzetgazdasági Minisztérium a költségvetés szemével nézi, és ez a kompromisszum szerintünk is elfogadható, amelyik méltányos az önkormányzatok felé, de ugyanakkor jelzi számukra azt, hogy azért a gazdálkodási fegyelem, főleg a folyószámlahitel tekintetében, ha lehet, ne haladjon meg egy bizonyos volument, sőt semmifajta volument, mert ott annak a konszolidációjára nem lehet számítani.

Tehát ezért azt gondolom, hogy ez indokolt, és nem lesz sem rosszabb, sem jobb lényegében a járóbeteg-szakellátás fenti átvételekor az érintettek helyzete, főleg ahhoz képest,

hogy a fekvőbeteg-szakellátók egy nagy folyamat részét képezik most június 30-ig, ugyanez most már nem fog megvalósulni a járóbeteg-szakellátásban, majd a mindenkori költségvetésben kell kezelni ezeket az ide tartozó terheket.

Így van ez, akkor tisztáztuk, hogy ez a 60 önkormányzat nyilatkozott a 330-ból, elmondtuk a múltkor a számokat, úgy, hogy ő át kívánja adni a feladatát. Valószínűleg ők lesznek azok, akik majd élnek a lehetőséggel és az év második felében ezt megteszik, csak mindig pontosítani kell, hogy nagyon sokszor egy társulást fenntartó - sok-sok, 16 a csúcstartó - önkormányzat nyilatkozott egy szolgáltatóról, ezért nincsenek arányban a számok egymással.

Nem tudom, hogy válaszoltam-e minden kérdésre, remélem, hogy igen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Tehát az előbb már hallottuk, hogy ezt a bizottsági módosítót a tárca támogatja. Megkérdezem, ki az, aki támogatja ezt a bizottsági módosító javaslatot. *(Szavazás.)* 17 igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Nincs jelzés.)* Ki tartózkodott? *(Szavazás.)* 2 tartózkodás.

Tehát 17 igen szavazattal és 2 tartózkodással elfogadtuk.

A negyedik bizottsági módosító javaslatunk, amely szintén nem túl hosszú, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvénynek a bizottsági módosítását tartalmazza. Kérdezném először a bizottság tagjait, hogy ha végig tudták nézni a bizottsági módosító indoklását, van-e valakinek kérdése, észrevétele. *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor helyettes államtitkár urat kérném meg a tárcaálláspont ismertetésére, illetve a véleményre a bizottsági módosítóról.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Itt egy nagyon izgalmas és nehéz szituációt kell elég gyorsan megoldani. Mindannyiunk előtt ismert az a tulajdonképpen nyilván helyes európai uniós és értelemszerűen hazai törekvés is, hogy a lánctartozásokat, ha lehet, próbáljuk a rendszerben kezelni és javítani ezt a helyzetet. Ennek mentén elég radikális európai uniós program fogalmazódott meg egy 2011-ben elfogadott parlamenti és tanácsi irányelvben, miszerint gyakorlatilag főszabályként a 30 napos fizetési határidőt írja elő lényegében az egymás közötti elszámolásban.

Nyilván az egészségügyünk finanszírozási helyzetét önmagában, a jelen időszakban a három hónapról két hónapra csökkentett elszámolási időszakot is figyelembe véve, ez gyakorlatilag nagyon nehezen vállalható lenne, nagyon nehéz helyzetbe hozná a szolgáltatókat, akik jelentős részben nem tudják ezekből az okokból ezt 30 napon belül teljesíteni. Szerencsés módon ez a törvény már gyakorlatilag hatályba lépett, ennek a notifikációnak az implementációja Magyarországon, és úgy szól, és ezt kívánjuk használni, hogy bizonyos ágazatok esetében lehetséges ezt a 30 napot 60 napra módosítani, amennyiben az adott ország élni kíván ezzel a lehetőséggel. Mi pedig azt gondoljuk, hogy élni kívánunk ezzel a lehetőséggel, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtó közintézmények esetében a 60 napos határidő tartható legyen.

Tehát ezt az elég komoly dilemmát próbálja ez a jogszabály, törvénymódosítás megoldani, a saját egészségügyi finanszírozási törvényünkben kezelni, hogy a kivételszabályt megalkotja, és ezzel az uniós irányelvnek is megfelelő implementációs 3. §-sal is kiegészül. Tehát ez a lényege, egy elég jelentős rizikót próbálunk ezzel az ágazatban megelőzni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem, hogy van-e valakinek kérdése. Aki időt nyer, életet nyer, még ha ez a finanszírozásra vonatkozik, akkor is. Tehát a fizetési feltételeken könnyít. Amennyiben nincs egyéb észrevétel, akkor először megkérdezem a tárca álláspontját.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Támogatjuk.

ELNÖK: A tárca támogatja a bizottsági módosítót. Aki támogatja, kérem, igen szavazatával erősítse meg! (Szavazás.) 19 igen. Egyhangúlag elfogadtuk.

Köszönöm szépen. Az első napirendi pont végére értünk. Áttérünk a második napirendi pontra, amelyben máris szeretném jelezni, hogy a tárca részéről az ismertetés elhangzott Szócska államtitkár úr részéről.

Szeretettel köszöntöm Cserháti Péter helyettes államtitkár úr mellett Balogh Tamás főosztályvezető urat. Kérem, hogy foglaljon helyet az asztalnál.

Kérdezném először, hogy az előterjesztők részéről van-e kiegészítés a Szócska államtitkár úr által elmondottakhoz vagy azonnal rátérhetünk a bizottsági kérdésekre, észrevételekre? (Dr. Cserháti Péter: Térjünk át.) Térjünk át. Akkor a bizottság tagjai közül először Iván professzor urat illeti a szó.

DR. IVÁN LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm. Minthogy a glikémiás szakaszába értünk a napnak, ezért nagyon röviden, csak két-három mondattal szeretnék csak reflektálni Szócska államtitkár úr expozéjára.

Meg kell mondanom, hogy ez egy olyan terep haditudósítás volt, amelyik viszont reményt keltően kitért azokra a lehetőségekre, amelyek - ahogy ő elmondta, és ahogy mi is látjuk - feltétlenül abba az irányba vezetnek bennünket az egészségügyben, a szociális ellátásban, stb., amelyik a rendszerszemléletű megközelítést adja a folyamatoknak.

Ezt most azért mondom, mert lényegében az egészségügyben a mi részünkről is és a napi élet szempontjából is alátámasztottan a rendszer fenntarthatóságának szemléletben és a struktúrafejlesztés mellett a struktúráknak megfelelő tartalmak kiépítése, kibontakoztatása alapvető feladat. Ez vonatkozik arra is, hogy két nagy kockázati folyamatról van szó. Ennek a kockázati folyamatnak az elemzése az ő expozéjában is benne volt, az egyik a demográfiai kockázat, folyamat, a másik pedig az idősödésnek vagy az életúti kockázatoknak a feltétlen elemzése.

Most bármelyik részét tekintjük is, ahogy ő ezt jelezte, mindenütt vannak megoldások, elemzések, értelmezések, értékelések és a következtetések alapján kialakítandó feladatprogramok. Igen ám, csak hogy ezeknek a koordinálása egy alaptétel. Ha ezeket nem tudjuk úgy koordinálni, és az ő elmondásában benne van a részek és a részfolyamatok összekapcsolása, de én felhívom a figyelmet arra, hogy a rendszerszemléletű stratégiát az egészségügy minden ágazatában és minden folyamatában, mind a megelőzésben, mind az ellátásban, mind a rehabilitálásban, mind az úgynevezett képzési programokban biztosítanunk kell.

Nemcsak a legfontosabbakat kell biztosítanunk egy-egy szektor szempontjából, hanem az egészet átfogó folyamatelemzéssel. Tehát legyen benne a védőnőképzésben, az orvosképzésben, a szakápoló-képzésben és sok minden vonatkozásban legyen benne ez a bizonyos kétféle nagyon fontos követelmény, hogy a demográfiai kockázatokat és az idősödési vagy életúti kockázatelemzések legyenek benne. Ebben nem szabad külön hagynunk önmagunk szempontjából a kidolgozott módszereket, hanem ezt egységes, koordinált rendszer szerint kell biztosítanunk. Ez gazdaságilag, költségkihatásban, stb. meghatározó kell hogy legyen. Itt szóba kerültek az idősödésből származó és a demográfiai folyamatokból származó olyan, már most előre feltételezhető és előre jósolható feladatok, amelyeket ha nem kapcsolunk be már most, akkor óriási deficittel fogjuk a következőkben szembetalálni magunkat, illetve megoldatlansággal.

Még egy másik megjegyzésem, hogy ahhoz, hogy ezt a rendszerszemléletű stratégia- és struktúraelemzést kockázatelemzéssel kapcsoljuk össze, ezt központi, közösségi

feladatként, de szakmai közköteles felelősségként is kell értelmeznünk. Tehát igenis, kockázatelemzési dolgokról kellene gondolkodnunk, ezeket kellene biztosítani szakáganként, a napi élet feladataihoz igazított szoftverekkel. Tehát nagyon fontosnak tartom, hogy a 80 egészségfejlesztési intézet működik már jelenleg is, de amíg nem tudjuk ezt a szemléleti és gyakorlati összekapcsolást ezeknek a fejlesztési intézeteknek, a jövőben kialakuló újabb intézményeknek a szintjén biztosítani, akkor igazából ötletszerűbbé válnak a dolgok, területi problémákra koncentrálttá válnak ezek a dolgok, és nem utolsósorban az egész rendszernek az eredményességét monitorozni is nehezebb, másrészt pedig az eredményesség értelmezéséhez szükséges koordináció is elmarad.

Elnézést kérek, ezzel szerettem volna kiegészíteni, nagyon fontosnak érzem, nagyon jó volt, számomra megnyugtató volt az államtitkár úr haditudósítása. Köszönöm szépen a figyelmet.

ELNÖK: Köszönöm szépen, professzor úr. Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Köszönöm a szót, elnök úr. Nekem kérdésem lenne, bár nem tudom, hogy szabad-e válaszolnia erre helyettes államtitkár úrnak. Azt szeretném megkérdezni, hogy jót tett-e Magyarország egészségének, Magyarország egészségügye egészségének – hogy így fogalmazzak – az EU-ba való belépés? Igen vagy nem?

Ha valaki végigolvassa ezt a jelentést, amit talán hiányolok belőle - jó a jelentés, tehát nem kritika, csak erre szerettem volna választ kapni -, hogy ebben a haditudósításban bizony, én azt látom, hogy egy csomó olyan dolog van megemlítve, ami apró csatavesztést jelent. Nem akarnám itt felsorolni azt, amit államtitkár úr mondott, és már régen is hallottunk erről, hogy ezeknek az EU-s pályázatnak a felhasználásával megvalósult járóbeteg-intézetek, amelyek nem illeszkednek abba a holisztikus képbe, amit itt az államtitkár úr felvázolt, vagy esetleg azok a projektszemléletű pályázatok, amelyek megtekintésében én magam is részt vettem, hogy mennyire használt ez nekünk, mennyire használt ez a magyar nép egészségének?

Nekem az a benyomásom, akár ezt a jelentést is végigolvasva, hogy bizony nem használt nekünk ez az Európai Unióba való belépés, legalábbis a mi egészségünknek és a mi egészségügyünknek nem használt ez.

Túlmennék még valamin. Egyrészt az, hogy a pénz rosszul lett felhasználva, és az, hogy a pénzek felhasználásának a monitorozása nem történt meg. Ez is rossz, de az a másik rossz az egészben, hogy egy olyan szemléletet alakít ki, amit egyébként másutt is látok a pályázatok során, hogy pályázatokban gondolkodnak az emberek. Tehát pályázatokban gondolkodnak, nem pedig a valós szükségletek kielégítésében gondolkodnak.

Engedjenek meg egy személyes tapasztalatot: lehet, hogy nagyon a szubszidiaritás elvét hangsúlyozom most, de amikor 40-valahány milliós pályázatról van szó, nem akarom megnevezni, hogy melyik, megnevezik, hogy 8 ezer gyermek a célszemély, az a lényeg, hogy egy gyerekre 8900 forintot használ fel ez a pályázat. Ebben a pályázatban előadásokat tartanak, tehát olyan dolgokról van benne szó, ami alapvetően a célszemélyeket nem érinti. Tehát ha 8900 forintot használnának fel egy szegény, hátrányos sorsú gyermek egészségének a megóvására, és itt csak annyiról lenne szó, hogy annak a gyereknek egy fogkefét vennének, egy tisztasági csomagot vennének, vagy netalán egy öltözet ruhát vennének ennek a gyereknek, az sokkal értelmesebben lenne felhasználva.

És ezt nemcsak én látom, hanem látják azok a pedagógusok, azok az emberek, ahol ezek a pályázati pénzek fel vannak használva, hogy bennük egyszerűen indulatokat kelt. Tehát én arra kérnék választ, és arra kérnék egy stratégiát, hogy hogyan tudnánk magunkat függetleníteni az EU-s befolyástól a magyar egészségügy fejlesztése során. Nekem ez a benyomásom. Tehát arra kellene egy stratégiát kidolgozni, hogy hogyan fejlődhessen úgy a

magyar egészségügy, ahogy az nekünk jó, nem pedig ahogy majd az Unió 11 vagy nem tudom, hány prioritása nekünk meghatározza. Lehet, hogy tévedek ebben, de sajnos, azt kell látnom, hogy lehet, hogy 400 milliárd forint van, vagy nem tudom, hány százmilliárd lesz, nem ez a lényeg, de hogy ennek a felhasználása nem megfelelő volt az elmúlt 6 év során, az bizonyos. De hogy mennyire lesz ezen pénzek felhasználása eredményes, erre nem nagyon látok választ, vagy csak én nem találtam meg ebben. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Van-e még valakinek kérdése, észrevétele? *(Nincs jelzés.)* Mielőtt államtitkár úréknak, mint az előterjesztőknek átadnám a szót, úgy gondolom, hogy ezt a kérdést úgy lehetne semlegesen és igazságosan, mondjam azt, hogy még talán a politikát is egy kicsit mellőzve, értelmezni, hogy megvannak azok az adatok eléggé pontosan, hogy a rendszerváltást megelőző időben milyen úton-módon történt az egészségügy fejlesztése. Teljesen mindegy, mikor, egy bizonyos időben, mert mindig az elemzéseket hiányoljuk, azt a 14 évet értékelnénk, ami 1990 és 2004 között történt, majd az azt követő időszakot. Úgy gondolom, hogy Kiss képviselő úrnak azzal a kérdéssel, ami a járóbeteg-ellátásnál felvetődött, hogy a beruházások tekintetében nem mindig úgy allokálták a forrásokat, vagy nem mindig oda allokálták, ahová esetleg kellett volna, ezzel én teljesen egyet tudok érteni. Itt viszont már a politika beleszólt nyilvánvalóan adott esetben a kérdésekbe. De úgy gondolom, hogy a nagyságrendek tekintetében azért jó összeget említeni, ahogy korábban létszámokat mondtunk, amikor egy 400 milliárd forintos fejlesztési lehetőség áll rendelkezésre, ez kétségtelen, hogy mindenképpen nagyon jó az egészségügyi ágazatnak. Azt pedig, miután nagyon-nagyon régóta vagyok már kórházvezető, el szeretném mondani, hogy ez az igénylők oldaláról, mármint a pályázók oldaláról is valóban egyfajta felelősség, hogy ki, mikor, mire, milyen formában, hogyan pályázik, mert ebben biztos, hogy anomáliák tetten érhetők bármelyik időszakban, amit említettem. De természetesen én nem válaszolni szerettem volna, csak egy momentumot vagy egy észrevételt esetleg hozzátenni ehhez a kérdéshez.

Amennyiben nincs több képviselői kérdés, akkor államtitkár úrékat illeti a szó.

DR. CSERHÁTI PÉTER helyettes államtitkár (Emberi Erőforrások Minisztériuma): Tisztelt Elnök Úr! Iván képviselő úr egyes gondolataira szeretnék reagálni, két szóra, az egyik a koordináció kérdése, amit említett. Tény az, és talán Kiss képviselő úrnak is részben válasz, amit én magam is nagyon fájlok utólag, mert azért azt kell gondolnom, hogy valóban nagy kérdés, hogy ha ez a folyamat nem lett volna és nyilván nekem nincs módom és nincs jogom az összesített pénzügyi szaldót és egyéb szaldót mérlegelni, hogy az összes ágazat pro és kontra befizetései, kifizetései végül is mivel járnak, tény az, hogy az egészségügyben csak a nekünk delegált programok mentén összesen 470 milliárd forint érkezett ebben a 7 éves ciklusban.

Van egy aggodalmam, hogy a gazdasági válság mellett, amit átélünk, gyakorlatilag már szinte a ciklus elejétől, 2002-től, de nem biztos, hogy a nemzeti forrásból ennyit tudtunk volna allokálni erre a célra, de önmagában ez egy aggodalom lenne. Éppen ezért nagy baj viszont az, vagy legalábbis komoly probléma, aminek nyilván számos oka van, politikai, makrokoordinációs akadályok, hogy 2007 előtt, a tervezés időszakában még nem volt mód nagyobb perspektívában gondolkodni.

Tehát akkor, amikor a mi ágazatunkban 470 milliárd forint felhasználásáról beszélünk, a szociális ágazatban több mint 380 milliárd forint, úgy emlékszem, milyen szép lett volna egy olyan projekt, hogy például a nálunk is egyértelműen nagyon nagy számban szociális ellátást végző intézményeinkben olyan konverziókat létrehozni, hogy a kórház területén mondjuk részben szociális ellátást kialakítani, hiszen gyakorlatilag jelenleg is az történik.

Legyünk őszinték, ez nem történt meg. Ez talán válasz is, és professzor úr kritikáját sajnos, alá kell hogy húzza az ember, hogy ilyenfajta nem is ágazati, hanem ágazatközi koordináció hiánya is az, aminek a levét isszuk most bizonyos szempontból, mert én is attól félek, pontosabban attól félek, hogy ilyen forrástömeg nem biztos, hogy még egyszer a fenti két ágazatba és a többi társágazatba bekerülhet az ismert okokból kiindulva.

Az új tárcavezetés, ahogy államtitkár úr is nyilván azért személyes előzményeknek köszönhetően is megpróbált integratív módon közeledni a kérdéshez, és egy-két olyan példát tudok felsorolni, mint az említett rehabilitációs projekt, amelyik egy konzorciális projekt, amely kifejezetten a 6 konvergencia térségben az ott működő, pályázni kívánó szolgáltatók együttműködésével, konzorciális formában működik. Nagy élmény volt mindenkinek, mert mindenki nagyon szkeptikus volt, hogy beindul-e ez, és úgy tűnik, hogy hál' istennek egy viszonylag elfogadható térségi koordinatív gondolkodás mentén nemhogy 14, hanem a végén a „nagy sikernek köszönhetően”, egyéb ROP-források terhére 18 milliárd forintba felment ez a volumen, amit ott a hat régió fel tud használni ebből a célból.

Hasonlóan ilyen már ez a meghirdetett onkológiai TIOP 2.2.6-os A-komponens 10 milliárd forinttal, szintén konzorciális pályázók indulhatnak csak, illetve az onkológiai szakma saját hierarchiája szerint ilyen térségi komprehenzív centrumok, három vidéki egyetem és még egy nagyváros, Szombathely, és a nagyobb megyei városok pedig sugárterápiás egységgel megyei szintű ellátóhelyek legyenek. Ilyenek mentén kell egy-egy konzorciális vezetőnek és egy partnernek vagy partnereinek pályáznia.

Ez is azt jelenti, hogy az onkológiai ellátás vagy egy népegészségügyi szempontból nem kérdéses terület esetében ez a fajta integratív gondolkodás most már működik. De ez nem is kérdés, viszont mondjuk például az Országos Mentőszolgálat említett 11 milliárdos TIOP 2.2.1. A projektje, ahol az integráció nem volt kérdés. Országos térképet kellett nézni, országos lefedettséget kellett nézni és országos szinten kellett a 15 perces elérhetőséget vagy felújítással vagy eszközbeszerzéssel vagy esetleg 22 új megépítéssel elérni.

A másik nagyon fontos kérdés, és még egy utolsó mondat ehhez, hogy nagyon érdekes a helyzet, a 2014-2020-as tervezésről nem sokat beszéltünk, nem is alanya tulajdonképpen ennek a folyamatnak, de láthatóan változik a közeg. Tehát láthatóan maga az EMMI is, amelyik létrehozott egy integratív stratégiai főosztályt erre a célra, és maga az európai uniós közeg is inkább integrációs célokat fogalmaz meg és nem ágazati célokat. Ez egyrészt lehetne kedvező is a fenti okból kiindulva, ugyanakkor azért van némi szorongás is bennünk, ezt őszintén meg kell mondani, szintén talán Kiss képviselő úrnak válaszul, hogy az egészségügy, mint olyan, prioritása nem erősödött, hogy finoman fogalmazzak, úgy tűnik, a 2007-2013-as időszakhoz képest. Amire nyilván sok mindent mondhatunk, de azt gondolom, hogy Európában az egészségüggyel nagyon komoly problémák lesznek majd a közeljövőben, hiszen a szakdolgozói hiány, az orvoshiány egész Európában, ugyanakkor a társadalmi elvárások enormis mértéke nagy feszültséget fog okozni. Igyekszünk is nyilván minden egyes ilyen tárgyaláson ezt az álláspontot alterálni, korrigálni egyik oldalról, másik oldalról pedig azt próbáljuk a tárcán belül is képviselni tárcaszinten is, hogy nem szabad nekünk a csak humán irányokba koncentrált programokra gondolni. Miért?

Azért, mert ez a válasz professzor úr másik kérdésére a fenntarthatóság tekintetében. Úgy sejtem, úgy érzem, hogy elnézve az éghajlat változásait és az energiaárak változásait is, a következő időszak nagy kérdése a fenntarthatóság lesz. Tehát most bizonyos fajta infrastrukturális fejlesztés megtörténik, de a következő nagy kérdés az, hogy ezeknek a fenntartása mibe fog kerülni. És mi történt itt az elmúlt néhány évben, elmúlt két évben? Gigantikus mennyiségű intézmény került át állami fenntartásba, direkt költségvetési háttérrel. Tehát az állam tulajdonképpen egy nagy lehetőséget, de egy nagy felelősséget is vállalt magára, ami azt jelenti, hogy ha ezen intézmények fenntarthatóságát okos, jó, zöldenergiás és

egyéb energetikai programokkal javítja, de facto a saját működési, fenntarthatósági kondícióit javítja ezzel összességében.

Tehát ezért is próbáljuk a tárcán belül is ezt képviselni, hogy ez a fenntarthatóság kérdése nem egy humán erőforrás kérdése. Ez egy masszív költségvetési kormányzati kérdés, amelyik mentén, ha tetszik, ha nem, a mi minisztériumunk most vezető szerepbe került több ezer intézmény állami kézbe vételével.

Egy szót talán csak a KEOP-ról, hogy ennek fényében tényleg nagyon sok feszültséget okozott, államtitkár úr nem beszélt az olyan egyéb programokról részletesen, mint például a KEOP energetikai források, amelyek az elmúlt hetekben komoly izgalmakat okoztak az ágazatban. Legyünk őszinték, elég kevés forrás volt erre a célra, így is sikertörténetnek lehet azt mondani, hogy a 20 milliárd KEOP 5.6.0/B. pályázatban, ha minden igaz, az egészségügyi ágazat összesen 2,8, sőt ha minden igaz, 3,3 milliárd forinthez jut. Gondoljunk bele, hogy a nyolc tárca osztozik ezen a 20 milliárd forinton, azonban az EMMI-n belül 7 ágazat osztozik ezen. Ha arányosan osztanánk el, akkor körülbelül 400 millió forint jutott volna az egészségügynek, óriási harcot vívtunk érte, hogy ezt jelezzük. És most ennek fényében priorizálni kellett. Ez a csekély forrás most arra adott lehetőséget, hogy a közép-magyarországi térségre koncentráljunk, ahol ugyanis nincs konvergencia, nincs TIOP. Amiről most államtitkár úr beszélt, azok ma már a közép-magyarországi térségben semmit nem jelentenek. Ide már gyakorlatilag több forrás nem juthat. Ezért is kellett a KEOP-forrást koncentrálni a közép-magyarországi térségre, és a másik döntés az volt, hogy gyógyító intézményekre.

Tehát bármennyire is fontos számos nem gyógyító háttérintézmény energetikai működése, ebben a pillanatban a betegellátás abszolút prioritás közvetlenül. Tehát ezért is a tárca a saját magán belül szervezett döntési soránál gyógyító intézmények kaptak preferenciát a fenti összegre tekintettel. Ez magyarázza azt, hogy sajnos, számos elutasító választ kell írunk a miniszter úr nevében ebben a pillanatban, mert ebből a szűkös forrásból még ezekkel a támogatott keretekkel sem tudjuk messze a konvergencia régiós irányt fedni. Ott sokkal inkább azt javasoljuk a pályázni akaróknak, hogy a TIOP 2.2.6. kiírásban próbálják meg ezeket a szempontokat érvényesíteni. Egy kis kitérő, ha már a kérdés felmerült.

Akkor Kiss képviselő úrnak talán még néhány gondolat. Azt gondolom, hogy nyilván ez egy tanulódőszak volt. Tehát egy olyan helyzet, ami nem volt korábban. 2004 után került bele Magyarország először ebbe a folyamatba és ilyen mértékben. Tehát ez tanulódőszak nemcsak nekünk, hanem azt gondolom, hogy az Európai Uniónak is. De láthatóan kölcsönösen kell próbálni ezeket a kérdéseket, főleg itt a végén az abszorpció kérdését kezelni. Benne van azért, a számaink sokat javultak az elmúlt időszakban, mert a korábbi, egy évvel ezelőtti 889 helyett most összesen 851 új pályázó van, ez decemberi státusz, 1740 új nyertes van ebben a pillanatban, tehát majdnem a duplájára nőtt egy év alatt a nyertesek száma, bár ezek egy része azért kisebb, TÁMOP-típusú projektekből jött, és a forrásösszeg is most már 339 milliárd forint megítéltetett és 147 milliárd kifizetett. Tehát gyakorlatilag a kétharmados lekötöttség és az egyharmados kifizetés ebben a pillanatban, sőt decemberben áll, ami arra utal vagy azt a reményt sejteti, hogy nagyon nagy hajrával kezelhető lesz az abszorpció és a forrásvesztés helyzete az egészségügyben, de ehhez nagyon sokat kell még dolgozni.

Az is tény, hogy láthatóan az Unió is észleli azt, hogy nyilván iksz, ipszilon okokból esetleg méltányosnak kell lenni, és azt gondolom, hogy bizonyos rugalmasságok a végén még érkeznek a rendszerbe, amelyek ennek a forrásvesztésnek a veszélyét nem növelik meg.

Volt egy pár olyan probléma, amit szintén megörököltünk és elég súlyos gond, ez a NAO és top up számításnak a kiterítése a mi pályázatainkra is, ami nagyon kellemetlenül csökkentett forrásokat. Egy másik probléma, sajnos, amivel az állami kézbe vételnél néztünk szembe, és a mai napig is nagyon nagy küzdelmet okoz a megoldása, és számos projekt

lassulásához járult hozzá, hogy itt derült ki az önkormányzatok, nem teljesen pontosan sejthető, hogy milyen gazdasági háttérrel, több mint 25 milliárd forint olyan önerő-kiegészítést vállaltak a támogatási szerződésekben, amelyeket nem lehet uniós forrás terhére elszámolni. Ilyen a közműkiváltás, bontás és így tovább, ami nyilván érthető, hogy próbáltak ott helyben segíteni a kórházuknak, csak amikor ezt tavaly május 1-jén átvette az állam és szembenéztünk ezzel, azért ezt nem könnyű menedzselni. Ennek most két lépcsőben zajlik a megoldása, egy őszi kormányhatározat már 10,2 milliárd forintot erre a célra megpróbált mozgósítani, és a következő hetekben is egy hasonló bőlussal ez a probléma megoldható lesz és akkor ezeknek a 65 helyszínen futó, több mint 300 milliárdos infrastruktúra projekteknek a lassulása vagy megállása, sőt esetleg bedőlésének a veszélye megkerülhető.

Azt is hadd jelezsem azért, hogy vigyáznunk kell azért magunknak is az értékelésre, hiszen az Európai Unió valószínűleg abból fog kiindulni, hogy mit produkáltunk ebben a 7 évben. Ha mi magunk nagyon negatív képet festünk saját magunkról, az nyilván az irántunk való szimpátiát is csökkenteni fogja. Tehát miközben önkritikusnak és kritikusnak kell lennünk, azt gondolom, azért arra is ügyelnünk kell, hogy egy ilyen, az egészségügy számára nem ideális prioritási környezetben nagyon pontosan kell tudni magunkat képviselni idehaza és nemzetközi szinten is.

Tehát azt gondolom, hogy nyilván nem a makroszinten felmérve, sajnos, éppen nem az a problémánk jelenleg, hogy az Európai Unió mondjuk a magyar egészségügybe túlzottan határozottan akar beavatkozni, alig győzzük elhárítani ezeket, hanem pont fordítva. Az a problémánk, hogy az egészségügy egész Európában is, és sajnos, nálunk is nem prioritás, és ha mi még ráadásul azt tesszük ehhez hozzá, hogy rosszul is használtuk fel a forrásokat és túl sokat emlegetjük a szegény járóbeteg-szakrendelőket e tekintetben, akkor öngólt is löhetünk ezzel, mert akkor bocsánat, de ha egyszer rosszul tetszettek csinálni, miért akarnak fejleszteni?

Szóval nem könnyű itt azt a fajta óvatosságot gyakorolni mindannyiunk érdekében, ami egy jó és továbbra is az egészségügybe csatornázható jövőképet jelent, mert azért ilyen állapotban nem vagyunk optimisták mindannyian abban, hogy 2014 után ebben a pillanatban biztosan jelentős nemzeti önerőt tudnánk hozzátenni, bárki is lesz majd kormányon, vagy pontosabban önerővel tudná leváltani ezt a fajta forrástömeget.

Ez a 8900 forintos gyermekegészség kérdésében, nekem is volt ilyen élményem, szinte rögtön a kormányváltás után kellett lemennem egy kistérségbe, az egyik leghátrányosabb kistérségbe, ki is mondhatom, Csengerre, ott a román-magyar-ukrán határ mentén, és miközben a járóbeteg-szakrendelőről vitatkoztunk, elnéztem, ott mutatták nekem a lakosságot, akik éppen a szociális ebéd vétele céljából gyülekeztek össze ott, a városháza előtt, és elég sok laptop volt náluk. De tulajdonképpen az derült ki, hogy éppen akkor zárult sikerrel az egyik ilyen, ha nem is kakaómentes, de nem is tudom, pontosan milyen informatikai rendszer, és a laptop kiválóan alkalmas volt arra, hogy az ételt rátéve, azon fogyassza el a család összes tagja egyébként, a gyerekeknek járó szociális ebédet.

Szóval tényleg ez a drámai feszültség azért benne van a rendszerben, hogy néha olyan célokat tudunk megvalósítani, amelyek valószínűleg másodlagosak és olyanokat viszont nem, amelyek elsődlegesek.

Tehát ezért ez a számos TÁMOP-munka, ami itt zajlik, az ezt célozza, ez a közétkeztetés, a gyermekétkeztetés javítása, a gyermektömegsport, ez a 6.1.2., ami most fog egymás után kijönni. Meg kell mondom, hogy nagyon sok egyeztetés kellett hozzá a társágzatokkal, nagyon sok egyeztetés kellett hozzá a VM-mel, a magyar élelmiszer-beccsatornázással, az európai uniós versenyszabályok mentén, ezt megpróbálni ügyesen végigcsinálni.

Azt reméljük, hogy azért most, ha ezek ilyen 30-40 milliárdos nagyságrendben itt a végén, a védőnői programmal, szűrésekkel együtt célba érnek, akkor ezen a képen nyilván

nem összességében, de az allokáció minőségén javítani fognak és valódi egészségnyereséggel járnak. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezném Kiss képviselő urat, hogy megnyugtató volt-e a válasz. *(Dr. Kiss Sándor: Igen.)* Nagyon köszönöm.

Kérdezem, hogy maradt-e valakiben még kérdés. *(Nincs jelzés.)* Azt mindenképpen meg szeretném köszönni, úgy gondolom, hogy egy 7 éves időtartamról, ami politikai ciklusokat átívelően felöleli az egészségügyi fejlesztések kérdését, egy 60 oldalas anyag, mindenféleképpen azt jelenti, hogy van elmozdulás ezen a területen a fejlesztések tekintetében. Én is nagyon köszönöm helyettes államtitkár úrnak, valóban van három olyan terület: a rehabilitáció 6 régióban, ami úgy gondolom, hogy a napi igényekhez igazodva teljesen igazságos, az onkológiai pályázatok köre és én azzal teljesen egyetértek, hogy a KEOP-pályázatokat Közép-Magyarországra kellett allokálni, miután az egyéb pályázati lehetőségekből nem tudtak részesedni. Tehát úgy gondolom, hogy mindenképpen egy igazságosság irányába próbált mindenki elmozdulni, aki döntéshozó helyzetben volt ebben a kérdésben.

Úgy gondolom, hogy két óra alatt teljesítettük a mai bizottsági ülésnek a nem könnyű programját. Nagyon köszönöm mindenkinek a részvételét.

Szeretném tájékoztatásul közölni, hogy a jövő héten, a nagyhéten nem terveznénk bizottsági ülést, hétfőn a bizottsági módosító javaslatokról fogunk szavazni a parlamentben, majd ennek a törvényjavaslatnak a végszavazására az egyhetes parlamenti szünetet követő hétfőn kerül sor.

Miután bizottsági ülést addig nem tartunk, mindenkinek kívánok áldott ünnepeket, ezzel a mai bizottsági ülést bezárom.

(Az ülés befejezésének időpontja: 12 óra 21 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva