



Ikt. sz.: NJB-42/14-7/2023.

NJB-5/2023. sz. ülés
(NJB-13/2022-2026. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v

az Országgyűlés **Népjóléti Bizottságának**
2023. április 4-én, kedden, 11 órakor
az Országház Hazai Samu báró termében (földszint 66.)
megtartott üléséről

Tartalomjegyzék

<i>Az ülés megnyitása, a határozatképesség megállapítása</i>	5
<i>Tájékoztató a daganatos betegségek megelőzéséről és kezeléséről, tekintettel a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az Európai Bizottság által Magyarországról készített országjelentés megállapításaira</i>	5
<i>Dr. Takács Péter tájékoztatója</i>	6
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	12
<i>Dr. Takács Péter reflexiói</i>	23
<i>Baja Megyei Jogú Város Önkormányzatának a települési önkormányzatok szociális célú tüzelőanyag-vásárlásához kapcsolódó támogatásának biztosítására vonatkozó pályázati lehetőség - 5000 főnél magasabb lakosságszámú önkormányzatok részére történő - kiterjesztésére irányuló beadványának megvitatása</i>	
<i>(Baja Megyei Jogú Város Önkormányzata Képviselő-testületének 13/2023. (I.26.) határozata)</i>	28
<i>Hajdú Miklós hozzászólása</i>	29
<i>Dr. Dukai Miklós hozzászólása</i>	30
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	31
<i>Hajdú Miklós reflexiói</i>	35
<i>Dr. Dukai Miklós reflexiói</i>	36
<i>Határozathozatal</i>	37
<i>A gyermekek jóllétének biztosítása és védelmük erősítése érdekében címmel benyújtott H/3266. számú határozati javaslat</i>	
<i>Döntés képviselői önálló indítvány tárgysorozatba vételéről</i>	38
<i>Kanász-Nagy Máté hozzászólása</i>	38
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	39
<i>Kanász-Nagy Máté válasza</i>	40
<i>Határozathozatal</i>	41
<i>Nemzeti Élelmiszertámogatási Programról szóló H/3276. számú határozati javaslat</i>	
<i>Döntés képviselői önálló indítvány tárgysorozatba vételéről</i>	41
<i>Z. Kárpát Dániel hozzászólása</i>	41
<i>Kérdések, hozzászólások</i>	43
<i>Z. Kárpát Dániel válasza</i>	44
<i>Határozathozatal</i>	46
<i>Egyebek</i>	46
<i>Az ülés berekesztése</i>	46

Napirendi javaslat

1. Tájékoztató a daganatos betegségek megelőzéséről és kezeléséről, tekintettel a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az Európai Bizottság által Magyarországról készített országjelentés megállapításaira
Meghívott előadó: a Belügyminisztérium képviselője
2. Baja Megyei Jogú Város Önkormányzatának a települési önkormányzatok szociális célú tüzelőanyag-vásárlásához kapcsolódó támogatásának biztosítására vonatkozó pályázati lehetőség - 5000 főnél magasabb lakosságú önkormányzatok részére történő - kiterjesztésére irányuló beadványának megvitatása
(Baja Megyei Jogú Város Önkormányzata Képviselő-testületének 13/2023. (I.26.) határozata)
3. A gyermekek jóllétének biztosítása és védelmük erősítése érdekében címmel benyújtott határozati javaslat (H/3266. szám)
(Kanász-Nagy Máté (LMP) képviselő)
(Döntés képviselői önálló indítvány tárgysorozatba vételéről)
4. Nemzeti Élelmiszertámogatási Programról szóló határozati javaslat (H/3276. szám)
(Z. Kárpát Dániel (Jobbik) képviselő)
(Döntés képviselői önálló indítvány tárgysorozatba vételéről)
5. Egyebek

Az ülés résztvevői

A bizottság részéről

Megjelent

Elnököl: Varga Zoltán (DK), a bizottság elnöke

Dr. Kovács József (Fidesz), a bizottság alelnöke

Kovács Sándor (Fidesz), a bizottság alelnöke

Dr. Pesti Imre (Fidesz), a bizottság alelnöke

Nacsa Lőrinc (KDNP), a bizottság alelnöke

Dr. Komáromi Zoltán (DK), a bizottság alelnöke

Bartos Mónika (Fidesz)

Horváth László (Fidesz)

Dr. Mészáros Lajos (Fidesz)

Sztojka Attila (Fidesz)

Dr. Tapolczai Gergely (Fidesz)

Varga Ferenc (független)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Selmeczi Gabriella (Fidesz) Kovács Sándornak (Fidesz)

Dr. Pesti Imre (Fidesz) távozása után dr. Tapolczai Gergelynek (Fidesz)

Nacsa Lőrinc (KDNP) távozása után Horváth Lászlónak (Fidesz)

Bartos Mónika (Fidesz) távozása után dr. Kovács Józsefnek (Fidesz)

A bizottság titkársága részéről

Dr. Buksza Zsolt bizottsági főmunkatárs

Meghívottak

Hozzászólók

Dr. Takács Péter, a Belügyminisztérium államtitkára

Prof. dr. Hegyi Gabriella, A rák ellen, az emberért, a holnapért!

Társadalmi Alapítvány kurátora

Hajdú Miklós, Baja Megyei Jogú Város Önkormányzatának alpolgármestere

Dr. Dukai Miklós, a Belügyminisztérium államtitkára

Kanász-Nagy Máté (LMP) előterjesztő

Z. Kárpát Dániel (Jobbik) előterjesztő

Megjelent

Hargitai Márta, az Összefogás a Ráktúlélőkért és az „Európai Összefogás a Mellrák Ellen!” közösség vezetője

(Az ülés kezdetének időpontja: 11 óra)

Az ülés megnyitása, a határozatképeség megállapítása

VARGA ZOLTÁN (DK), a bizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Jó napot kívánok! Üdvözlök mindenkit! Tizenegy óra van, érdemes elkezdni a munkánkat, hiszen nagyon fontos előterjesztések fekszenek előttünk. Nagy-nagy tisztelettel köszöntök mindenkit. Köszöntöm a meghívottjainkat a kormány részéről és nyilvánvaló módon a szakértőket is. Köszöntöm a bizottság tagjait, és köszöntöm a hivatal dolgozóit. Köszönöm nekik, hogy előkészítették a mai ülésünket.

Megállapítom, hogy a bizottság határozatképes. Egyetlenegy helyettesítési igény érkezett be, dr. Selmeczi Gabriellát fogja helyettesíteni Kovács Sándor alelnök úr. Minden más tekintetben a bizottságunk teljes létszámban itt van.

Ahogy mondtam, a bizottság határozatképes. Mielőtt az ülés napirendjét megállapítanám, tájékoztattam önöket már írásban is, a tisztelt bizottságot, hogy Szabó Timea képviselő asszony a határozati házszabály 58. § (3) bekezdése alapján írásban kezdeményezte, hogy a bizottság az általa, illetve a képviselőtársaival együtt benyújtott H/3283., illetve H/3286. számú határozati javaslat tárgysorozatba vételéről szóló döntést halassa el. Ezen indítványokról későbbi ülésen fog majd dönteni a bizottság.

A napirendi pont elfogadása következik most. Ki az, aki a napirendi javaslatot támogatja? Kérem, kézfelemeléssel jelezzék! *(Szavazás.)* Egyhangú.

Tájékoztató a daganatos betegségek megelőzéséről és kezeléséről, tekintettel a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az Európai Bizottság által Magyarországról készített országjelentés megállapításaira

Megkezdjük a munkánkat. Soron következik a napirendi pontok megtárgyalása. Az 1. napirendi pontunk tájékoztató a daganatos betegségek megelőzéséről és kezeléséről, tekintettel a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet, az OECD és az Európai Bizottság által Magyarországról készített országjelentés megállapításaira.

Elsőként köszöntöm a napirendi pont előterjesztőjét, dr. Takács Péter államtitkár urat, valamint a napirendi pont tárgyalásához meghívott további vendégeinket, professzor dr. Hegyi Gabriellát, a Rák ellen az emberért, a holnapért! Társadalmi Alapítvány kurátorát, valamint Hargitai Mártát, az Összefogás a Ráktúlélőkért és az Európai Összefogás a Mellrák Ellen közösség vezetőjét.

A tárca előzetesen írásban jelezte, hogy az államtitkár prezentációval kívánja kísélni a tájékoztatóját, amely a házszabályi rendelkezések alapján bizony szemléltetésnek minősül. A bizottsági ülésen a szemléltetést a bizottság engedélyezheti, így erről szavaznunk kell. Ki az, aki támogatja, hogy az államtitkár úr prezentáció kíséretében adja elő tájékoztatóját? *(Szavazás.)* Ha jól látom, egyhangú.

Mielőtt átadnám az államtitkár úrnak a szót és a lehetőséget a prezentációja bemutatására, muszáj egy pár szót szólnom arról, hogy miért is került a bizottság elé ez a tájékoztató. Nyilván mindenki olvashatta, hisz megjelent a sajtóban is, illetve az OECD ezzel kapcsolatos tájékoztatását ki is küldtem a bizottság tagjainak, hogy az OECD-jelentés szerint az Európai Unióban Magyarországon halnak meg legtöbben lakosságátlagos módon daganatos betegségben, miközben a magyar kormány az EU-átlag mindösszesen 69 százalékát költi daganatos betegségekre.

Ezért is döntöttem úgy, hogy ez egy olyan fontos téma, amely nemcsak a bizottságunkat érinti, hanem az egész társadalomra kihatással lehet, hogy elnöki jogkörömnél fogva meghívom az egészségügyi államtitkár urat az Országgyűlés Népjóléti Bizottságába, hogy magyarázza meg nekünk, hogy az OECD ezeket az adatokat milyen adatsor alapján hozta nyilvánosságra, mi van emögött, és mit lehet

ebből leszűrni, mi a jövőkép, amit tennünk kell ebben az ügyben. Most átadnám a szót államtitkár úrnak. Parancsoljon!

Dr. Takács Péter tájékoztatója

DR. TAKÁCS PÉTER államtitkár (Belügyminisztérium): *(Előadását prezentáció segítségével tartja meg.)* Köszönöm, elnök úr. Köszönöm a meghívást, és köszönöm azt is, hogy a bizottság napirendre vette ezt a fontos kérdést, mert azt hiszem, hogy erről nem lehet eleget beszélni. Próbálok lényegre törő lenni, de azért egy rövid, néhány diás prezentációval készültem. Ez az OECD-jelentés rendszeres időközönként megjelenik. Amit most közzétett az OECD, egyébként 2019-es adatokon alapul, tehát mondjuk a GDP-re vonatkozó megállapodások megállapításai már idejét múltak. Mindannyian tudjuk, hogy jelentős forrásbevonás történt azóta az egészségügybe. Ennek a nagy része persze bérrendezés volt, és majd kitérek arra, hogy milyen új terápiákat is fogadtunk be a közfinanszírozott ellátásba. Tehát ezek azok az adatok, amelyekre az OECD támaszkodik. Itt majd egy picit egyesével update-elem ezeket az adatokat.

A különböző egészségmutatóknál az OECD és általában a nemzetközi szervezetek általában tagállami adatokra támaszkodnak, és egyébként nem egységes sokszor a tagállami adatgyűjtés metodikája, és nem egyforma a jelentési fegyelem sem a különböző országokban. A ráknál ez kevésbé jön elő pregnánsan, de a Covidnál például nagyon előjött, hogy egyáltalán kit tekintenek Covid-fertőzöttnek vagy Covid-halottnak a különböző tagállamok. A WHO egyes tagállamai között is óriási eltérés volt a nemzeti adatgyűjtésben. Az a helyzet, hogy részben ez itt is elmondható. Nálunk, minekutána egy nagyon erős népegészségügyi vagy közegészségügyi fegyelem van, ez a nagyon régóta kiépült tisztiorvosi hálózatnak és az intézményesített egészségügyi felügyeletnek az egyik nagy vívmánya, elég erős statisztikai adatokon állunk.

Akkor nézzük kicsit az OECD megállapításait! Az a helyzet, hogy a rákos megbetegedések incidenciája és mortalitása is Magyarországon valóban a legmagasabbak közé tartozik, de ha megnézzük mondjuk a daganatok eloszlását, akkor ugyanaz jellemző ránk, mint általában a fejlett országokra, tehát mind a férfiak, mind a nők esetében egyébként nagyjából ugyanaz a mintázat látszik.

Az is megállapítható, hogy ha mögé nézünk egy kicsit a számoknak, és nemcsak szűken Magyarországgal foglalkozunk, hogy az egész régióban jellemző az, hogy magasabb a daganatos halálozás, mint mondjuk a nyugati országokban. Még annyit mondanék, hogy egyébiránt ami Magyarországon még hozzájárul ahhoz, hogy ilyen kiemelkedően nagy számot látunk, az egyrészt a népegészségügyi számokból jön, másrészt ezt kevesebbszer szoktuk megemlíteni, de van nálunk egy olyan rákregiszter, amibe gyakorlatilag minden olyan eset bekerül, ahol rosszindulatú elváltozást találunk. Ez nincs minden országban egyébként. Tehát nálunk nagyon nagy az adatszolgáltatási fegyelem.

A másik: a boncolási ráta közel a duplája a nyugati országoknak. Ott nagyon sokszor mellőznek boncolást, nálunk egyébként nem, sokkal szigorúbbak a halottkezelésre vonatkozó szabályok, sokkal kevesebb esetben kerül sor mellőzésre, és nagyon sok eset post mortem derül ki, ahol nem ugyanez a helyzet, az valószínűleg egyik statisztikába se került volna be.

Annak ellenére, hogy gyakorlatilag igyekszünk minden egyes esetet a közegészségügy látóterébe hozni, azon túl meg kell jegyeznünk, hogy a mortalitás 2011-19 között kedvező mértékben változott. A férfiaknál 11 százalékkal, a nőknél 6 százalékkal csökkent, és egyébként mind a kettő meghaladja az EU átlagértékét.

A mortalitás típusaiban viszont nagyon eltérő a mintázat. Itt beszéltem arról, hogy egyrészt van egy népegészségügyi öröksége a poszt-socialista országoknak. Ez ebből az ábrából is látszik. Ez jelenti azt, hogy milyen életmódbeli, környezeti hatások befolyásolják leginkább a daganatos megbetegedéseket. A másik dia pedig a megfelelő

kezeléssel elkerülhető halálozás okait mutatja. Ez arra világít rá, hogy milyen terápiás spektrum áll az adott ország rendelkezésére a rák elleni küzdelemben, és milyen a felderítési hatékonyság a korai és megelőzhető esetek felderítésében. A kettő között is van egyébként nálunk egy gap. Lehet látni, hogy itt már közel sem az utolsók vagyunk, tehát több országot is megelőzünk, ami azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátórendszer szervezettsége jobb, mint a népegészségügyi mutatóink, tehát valamilyen hendikepet itt ledolgozunk.

Másrészt egy fontos mutatóra hívnám fel a figyelmet. Erről sem szoktunk általában beszélni. Ha megnézzük azt az időt, ami a daganat felismerésétől a sajnálatosan bekövetkezett halálig tart, azt látjuk, hogy Magyarországon ez az idő a fejlett OECD-országokkal egyenértékű, tehát Hollandia, Svédország ugyanazokat a számokat hozza, mint mi. Ez mit jelent? Ez azt jelenti, hogy minden olyan terápiás lehetőség, amely egy nyugat-európai országban, Franciaországban, Luxemburgban adott, az Magyarországon is adott. A betegek hozzáférnek, és már-már erőn felül a társadalombiztosítás a legmodernebb immunterápiákat, biológiai terápiákat, sugárterápiát biztosítja a betegeknek.

Ahol nekünk keresnivalónk van, és ahol nagyobb tudunk előrelépni, az az, hogy ne előrehaladott stádiumban kerüljenek be az ellátórendszerbe ezek a betegek. Ha a stádiumbeosztást nézzük, akkor általában az egészségügyi ellátórendszerbe később kerülnek be, mint mondjuk a skandináv országokban, amelyek ebben nagyon jók. Az elmúlt időszakban a kormányok színétől függetlenül kerültek bevezetésre olyan programok, amelyek ebben előrelépést jelentettek: 2002-ben mammográfiás emlőszűrés, 2003-ban szervezett méhnyakszűrés, aztán dohányzásellenes törvény, népegészségügyi termékadó.

Amit nagyon szeretnék kiemelni, az a HPV-védőoltás, amit most fiúkra is kiterjesztünk, illetve kiterjesztettünk. Ebben egyébként WHO-mintaország is vagyunk, tehát az első 5-6 ország között léptük meg, hogy fiúk és lányok egyaránt kaphatnak HPV-oltást, ami a méhnyakrák elleni egyik legfontosabb fegyverünk.

A szűrésekben volt előrelépés, az elmúlt négy évben pedig - nyilván Kásler professzor úrnak köszönhetően - a terápiás lehetőségeknek egy sokkal szélesebb tárháza került befogadásra a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által, és ugyanígy a rákdiagnosztikához és terápiához szükséges géppark is 80 százalékban megújult jelentősebb kormányzati és uniós forrásokból.

Ami pedig még fontos volt, ez az úgynevezett 14 napos szabály. Akit daganatos diagnózissal utal be a kezelőorvos a képpalkotó vizsgálatra, 14 napon belül hozzá kell férnie a vizsgálatához. Nagyon-nagyon magas arányban férnek hozzá a betegek egyébként.

Hogy merre menjünk tovább, az egészségpolitika most két nagy daganatcsoport irányába nyit a szervezett szűrővizsgálatok tekintetében, az egyik a vastagbélrák, a másik a tüdőrák. Mind a kettő olyan, ami nagyon nagy százalékát érinti a daganatos betegeknek.

Elindítottuk ezt a HUNCHEST-programot, ami kvázi kísérleti jelleggel indult velünk párhuzamosan jó pár országban, mondjuk, az Egyesült Királyságban, Dániában. Ott egy nagyobb esetszámban most jöttek ki erről a számok, és jók a megállapítások. Ez alacsony dóziszú CT-vel szűri a tüdőrákot. Én azért nagyon, hogy úgy mondjam, erőltetném ezt tovább, mert a tüdőszűrésnek volt egy társadalmi elfogadottsága, beágyazottsága, egyfajta megszokás, de kiderült időközben, hogy a tüdőszűrés, a röntgenes átvilágítás nem alkalmas szignifikánsan arra, hogy a korai tüdőrákot felismerje. Ezt kell kiváltanunk és az alacsony dóziszú CT irányába terelni a lakosságot, viszont meg kell lovagolni azt, hogy a tüdőszűréshez hozzá vannak szokva, időnként keresik is, mondjuk, munkaalkalmassági vizsgálat keretében, egyéb betegségek miatt az még benne van a köztudatban.

A másik pedig ez a szervezett vastagbélvizsgálat. Ez egy 2018-ban indult EFOP-os projekt, ahova önkéntes alapon csatlakozhattak a háziorvosok. Ez egy célzott populáció, átlagos vagy annál magasabb kockázatú betegcsoportot célzunk meg vele. Ez egy kétlépéses vizsgálat. Az első egy fájdalommentes székletvérteszt. Az itt kiszűrt nem negatív eseteket, tehát ami pozitív vagy bizonytalan, azokat az eseteket megfelelően felszerelt gastroenterológiai vizsgálóhelyekre küldjük.

A regiszterekről már egyébként volt szó. Itt még azt szeretném mondani, hogy a gyermektumor-regiszter, mint a magyar rákregiszter egyik ilyen alkönyvtára is megalakult, és a gyermekonkológiai hálózat is központosított irányelvek szerint kezel most már. Itt az eljárásrendek, protokollok a legmodernebb elveket követik, igazából valamennyi ellátóhelyen ezeket kell alkalmazni.

Megszületett a Nemzeti Rákellenes Program évekkel ezelőtt. Az előző négyéves ciklusban felülvizsgálták és megújították. Az egy olyan célt tűz ki, hogy a mortalitást további 10 százalékkal csökkentjük 2030-ig. Itt viszont a program is már arra fókuszál, hogy a magatartási kockázati tényezőkkel kell jobban felvenni a harcot. Ha megnézzük, hogy mik ezek a magatartási tényezők, akkor lehet látni, hogy mind a dohányzásban, mind az alkoholfogyasztásban, mind a túlsúly-, a táplálkozási oldalon sokkal rosszabban állunk, mint az OECD- vagy az EU-átlag, tehát itt egyfajta népegészségügyi prevenció szemlélettel kell beavatkoznunk.

Már ennek is megtörtént az előszele. Kiemelnék egy vertikális programot, ez az öt Nemzeti Egészségügyi Programból az onkológiai rákellenes program. Ez egy betegség típus szervezett ellátórendszeren belüli vertikális programját hirdette meg, és egyébként az alapján megyünk is. Most a horizontális programban szeretnénk a népegészségügyi stratégiát újra elővenni, és egy tízéves népegészségügyi stratégiát készítünk elő, hamarosan visszük a kormány elé. Ott viszont sokkal inkább a megelőzési fókuszra, az iskolai egészségneveléstől kezdve az egészségfejlesztési irodák feladatainak az újradefiniálásáig, és az alapellátásban elvárt prevenció és utókövetéses tevékenységre helyezük át már inkább a hangsúlyt.

Az előbb arról már beszéltem, hogy milyen kockázatokkal élünk az életmódban, de a környezetnél is azt kell hogy mondjuk, hogy a légszennyezés az, ami a poszt-socialista országokat leginkább érinti. Ebben sajnos az idetelepített nehézipar és a korábbi szabványok mindig éreztetik a rossz hatásukat.

Elhízás, túlsúly, jó magyaros étkezés. Az utóbbi időben azt látjuk, hogy ebben volt előrelépés. A mindennapos testnevelés bevezetése óta egyébként a legfiatalabb generáció ebben már jobban áll, mint akár csak tíz évvel ezelőtt állt. Azt is lehet látni, hogy a fiatalok jellemzően egészségtudatosabbak. Az egészségmegőrző életmód rájuk sokkal jellemzőbb, mint a középkorú vagy az idősebb generációkra.

A kormányzati oldalon nyilvánvalóan van néhány eszköz - ez a népegészségügyi termékadó, többek között a transzsavrendelet, a közétkeztetési rendelet, az iskolai büfé kínálatának a szabályozása -, amivel már élünk. Most vizsgálunk olyan kiemelt jó gyakorlatokat, mint a Mozgásgyógyászat, vagy a Nordic Walking Program. Egyébként ennek a pilotját az Egyházi Kórházak Szövetségével el is kezdtük, Toldy-Schedel Emil főigazgatóval, aki a Szent Ferenc Kórház kardiológiai rehabilitációs programját is gondozza. Jók a tapasztalatok, jók a lakossági visszajelzések, úgyhogy igyekszünk. Révész Máriusz államtitkár úrral közösen dolgozunk ebben a Mozgásgyógyászat Programban.

A dohányzásra most nagyon lényegesen nem térnék ki, de az a helyzet, hogy 2019-re már azért javult a dohányzással kapcsolatos helyzet is. Itt nem is annyira a dohánytermékeket emelném most ki, hanem ezeket az újfajta dohányzást imitáló szereket, amelyek ellen mi szigorúbb szabályozást alkalmazunk, mint az Európai Unió. Nagyon sok tekintetben szigorúbban lépünk fel az uniós szabályozásnál. Ezt a gyakorlatot mi a későbbiekben is tartani szeretnénk, és szeretnénk főleg azt

megnehezíteni, hogy a fiatalok kvázi ilyen kapudohánytermékként ehhez hozzáférjenek.

Nagyon fontos kormányzati intézkedés volt a nemdohányzók védelméről szóló törvény és ennek az összes hozadéka. Amire most külön fókuszálnánk, hogy a dohányzásleszoktatási programot az egészségfejlesztési irodákon keresztül társadalmasítsuk. Itt egyébként a WHO-val működünk együtt, és próbálunk olyan jó gyakorlatokat behozni, amelyek más posztszovjet vagy posztszocialista államokban már működtek. Ebben a WHO van egyébként a segítségünkre.

Az alkoholfogyasztás is az elmúlt években, főleg az elmúlt 20 évben szerencsére visszaszorult, tehát nem tartozunk már klasszikusan 2020-ra a nagy ivó európai nemzetek közé, holott a rendszerváltás környékén még nagyon erősen ott voltunk. Szerencsére az elmúlt időszakban nagy előrelépés volt ezen a területen.

A légszennyezési kitettségről már beszéltünk. A legnagyobb kockázatot azok a 2,5-10 pikométer közötti részecskék jelentik, amelyek túl nagyok ahhoz, hogy megegyék a falósejtek, és túl picik ahhoz, hogy felköhögjük. Ennek ez a magyarázata, hogy a csillószőrök nem tudják olyan jól kipucolni. Ami ezekre ráakódik, azok a rákkeltő anyagok, közvetlenül a tüdőszövetre tudják kifejteni a hatásukat. Ennek van egy európai uniós programja, amihez egyébként mi csatlakoztunk, hogy ezt csökkentjük, és szintén az Országos Levegőterhelés-csökkentési Program, amit ki kell emelni. Tehát ez az aeroszolméret, ami leginkább káros, ezt próbáljuk először kiirtani.

A népegészségügyet egyfelől a szervezett ellátórendszeren keresztül tudjuk megszólítani. Ez a „Három generációval az egészségért” program volt. Ez közel 6 milliárd forintos hazai forrásból valósult meg, és területi elven rendeződő háziiorvosi láncolatoknak tudtunk ezzel pluszforrást adni, akik vállalták, hogy prevenciók rendeléseket csinálnak és különböző rákfókuszú és a nagy népbetegségeket megelőző állapotokat próbálnak meg felderíteni, és ők működtek együtt egyébként a területi járóbeteg-szolgálatokkal. Egyébként nem titkolom, ez kicsit modell is volt ahhoz, amit majd később járási egészségközpont néven szeretnék mindenhol az új kormány és az Országgyűlés által elfogadott programnak megfelelően bevezetni. Ezekről beszéltünk.

Beszéltünk a korai felismerésről. A mammográfiaszűrésről sok helyen megjelenik, hogy tragikusan alacsony az európai uniós országokkal összevetésben. Ezzel kapcsolatban két dolgot mondanék. Egyrészt vannak a mammográfiás szűrőközpontok. Ebből megyénként egy vagy kettő van. Ez egy régi hagyomány. Ez a 2002-2003-as bevezetés környékén alakult ki, hogy egy darab szűrőállomás lett megyénként kijelölve. Ezt már szerencsére meghaladta a technológia.

Az lenne a célom, hogy ne egy-egy szűrőhelyen lehessen hozzáférni, hanem ahol digitális mammográf van, azt fogadjuk el szűrési célú mammográfiára is. Ezt szeretném megnyitni úgy, hogy a NEAK-finanszírozásban külön kódja legyen. Ha azt nézzük, hogy a szűrési célú és a diagnosztikai célú mammográfián a populáció hány százaléka jelent meg, akkor ott sokkal jobb számokat látunk, mintha csak a szűrést néztük volna. Egyébként a háziiorvosi indikátorrendszerben és a mammográfiánál én kinyitattam most a NEAK-kal azt, hogy ne csak a szűrőközpontokban leadott megjelenések számítsanak, hanem valamennyi mammográfia. Azoknál a 45-65 éves közötti hölgyeknél, akik behívót kapnak, de nem a szűrőközpontba mennek, mondjuk nem megy el Diószőlőre Vácra, hanem bemegy az érdi szakrendelőbe, és diagnosztikus célú mammográfián vesz részt, az beszámítson a háziiorvosi indikátorba is. Azt látjuk, hogy ott 65 százalék fölött van így az átszűrtség aránya.

A méhnyakszűréssel pedig nem állunk egyébként rosszul, magasabb a részvételi arányunk, mint a legtöbb uniós országban.

A vastagbélvizsgálásnál viszont elmaradást tapasztalunk. Ennek szerintem egyébként a legfőbb oka az, hogy nem áll a társadalom rendelkezésére elég információ, vagy sok a tévhit, tehát rögtön azt gondolják, hogy egy, a beteget megterhelő kellemetlen gasztroenterológiai vizsgálat ez a szűrés, de nem. Most külön odafigyelünk

a kommunikációban, hogy kihangsúlyozzuk, hogy az első lépés egy teljesen fájdalommentes, ön maga által elvégezhető székletvérteszt.

Az iskolázottsággal összefüggésben látjuk, hogy a jó edukáció mennyit számít, tehát a magas iskolai végzettséggel rendelkező nők nagyobb valószínűséggel vesznek részt szűrővizsgálaton Magyarországon, mint a többi EU-országban, de el kell juttatni ennek a fontosságát mindenkihez. Egyébként lehet látni, hogy mindenki találkozott saját szűkebb környezetében is azzal az attitűddel, hogy nem megyek el szűrésre, mert hátha kiderül, hogy valami baj van. Ez egy kicsit ilyen magyaros mentalitás, tehát félünk attól, hogy valami konkrétum lesz. De mi megpróbáljuk most azt sokkal hatékonyabban elmondani, hogy azért kell elmenni, hogy korán kiderüljön a baj, és nem akkor, amikor már visznek, hanem amikor az ember még tehet ellene, és az ellátórendszer jobb eséllyel néz szembe a betegséggel. Arról már beszéltem, és most nem húznám ezzel az időt, hogy magasabb az arány. Itt pedig a komplex népegészségügyi szűrésekben valósult meg ez a projekt. A háziorvosok részvételét is erősebben szeretném ösztönözni. 1700 háziorvos csatlakozott, tehát itt még lehet előrelépést elérni.

A HUNCHEST-programról már részben volt szó, és jók vele egyébként a tapasztalatok. A nemzetközi irodalom is megerősíti a létjogosultságát. Annyit kéne most még ezzel kapcsolatban kiemelni, hogy a mesterséges intelligencia fejlesztésétől sokat várunk. A Semmelweis Egyetem, az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet és a konzorcium partnerei közös mesterségesintelligencia-fejlesztést végeznek. A diagnosztikában, ha ezt tömegesen szeretnénk végezni, az előszűrésben nagyon sokat fog nekünk segíteni.

Az egészségfejlesztési irodákkal kapcsolatban az a terv, hogy megszüntetjük ezt a nagyon heterogén elosztást. Van önkormányzati fenntartású, kórházfenntartású, direkt OKFŐ-fenntartású. Az egészségfejlesztési irodákat a városi kórházak vagy a területi szakrendelők mellé fogjuk integrálni, és az E-Alapon keresztül szeretnénk a továbbiakban finanszírozni, és egy sokkal nagyobb feladatkört fogunk nekik adni. Az OKFŐ alá lesznek rendelve. Ők fogják megmondani azt, hogy milyen szolgáltatási panelt kell üzemeltetni, és pontosan a napi gyakorlati munkavégzést is ellenőrizni fogják.

A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” programról. Azt látjuk, hogy ahol nagyon alacsony a lakossági mobilitás, ott ez kimondottan hasznos. Elsősorban a hátrányos helyzetű településekre, a rossz tömegközlekedésű településekre próbálunk időnként eljutni, és jók egyébként vele a tapasztalatok.

Hozzáférhetőség. Az utóbbi időben többször lett divat ez a várólistázás és ez a várakozási időzés és egyebek, ami most napi téma a sajtóban, de ha megnézi az ember a nagy képet, nyilván mindig ki lehet emelni egy-egy olyan esetet, amikor valaki valami miatt később kapott időpontot, vagy később került ellátásra, de ez általában jellemzően akkor szokott lenni, amikor egy bizonyos orvoshoz ragaszkodik valaki. Tehát amikor ahhoz az ortopéd sebészhez ragaszkodik, aki az előző térdműtétjét is csinálta, akkor előfordulhatnak ilyen extrém idők. De azt látjuk, hogy az országos átlag, vagy megyei, vagy regionális bontásban korántsem olyan vészes a várólistákat tekintve. Egyébként egy független vizsgálat az OECD által végezve azt mutatja, hogy a lakosság hozzáféréserzéése, amikor objektív paraméterek alapján gondolja végig, akkor sokkal jobb, mint az egy-egy ilyen kiragadott példa alapján. Tehát a lakosság körülbelül egy százaléka mondja azt, hogy nem kapta meg azt az egészségügyi ellátást, amire neki szüksége lett volna. Az európai uniós átlag egyébként 1,7.

A Nemzeti Rákellenes Program eredményeiről már beszéltünk. Amit még kifelejtettem, az a robotsebészet elindulása. Itt meg kell említeni, hogy az elmúlt években ugyan volt előrelépés, az orvosi béremelésnek köszönhetően növekedett az orvosok száma az elmúlt időszakban. Most a legfrissebb statisztikai adatot kaptam meg: 2022 végén 1424-gyel több orvos volt az állami rendszerben, mint 2021 végén.

Tehát a fluktuáció pozitív irányú, és a szakdolgozókra is igaz, de itt még egyébként a '19-es számban azt lehetett látni, hogy alacsonyabb az ezer főre jutó orvosszám, mint az uniós átlag. Erre kimondottan jó hatással van a béremelés.

Amit most meg kell erősíteni, hogy az Országos Onkológiai Intézet rendben van, mint komprehenzív rákcentrum, egyébként referenciainstítút az Európai Unióban. A következő lépés az, hogy a regionális centrumok kompetenciáját úgy kell meghatározni, hogy ne küldjenek fel indokolatlanul az országos intézetbe esetet. Tehát ugyanazokat a terápiákat, amelyek elvárhatók tőlük, végezzék el, és vegyék fel azt a beteganyagot, ami a területükön egyébként megtalálható. Egy picit az is ilyen hazai sajátosság, hogy mindenki rögtön a fejhez szalad, tehát mindenki a professzor betege akar lenni, és mindenki az országos intézetben akar gyógyulni. De az egy nagyon fontos üzenet, hogy ugyanazok a protokollok vannak 98 százalékban, az esetek körülbelül 2 százaléka az, amit csak az Országos Onkológiai Intézet vagy valamelyik egyetemi centrum tud ellátni.

Szerencsére azt is látjuk, hogy az elvesztett életévek száma 2000 óta folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, de itt még egyébként van bőven tennivalónk. Talán a bizottság tagjai emlékeznek rá, hogy a kormányalakítás előtt Pintér miniszter úr pont a Népjóléti Bizottságban mondta el, hogy a legfontosabb célkitűzésünk az egészségben eltöltött életévek számának az uniós átlaghoz való közelítése. Az összes programunk ezt igyekszik alátámasztani, illetve elérni.

A legfontosabb ráfordítási kiadások még a nagy béremelés előtt voltak, tehát ezek 2019-es számok, úgyhogy a következő országjelentés a ráfordítás terén egyébként már sokkal jobb képet fog mutatni. Ne felejtjük el, hogy azóta évente 350 milliárd ment be orvosbéremelésre a rendszerbe, az idén jön még ehhez egy 50 milliárdos szakdolgozói béremelés, jövőre ennek a teljes hatása az egészségügyben dolgozókra 240 milliárd lesz. Tehát '19-hez képest évente körülbelül 600 milliárddal többet teszünk be - csak bérekre - a rendszerbe.

A szűrőprogramokat az első járványhullám idején függesztettük fel 2,5 hónapra, és a harmadikban már csak három hét volt a legsúlyosabb időszak, amikor a szűrőprogramok átmenetileg szüneteltek, a negyedik és az ötödik járványhullámban már egyáltalán nem. Szerencsére azóta vissza is pattant a megjelenések száma, tehát alapvetően visszaállt, itt is azt látjuk, hogy visszaállt a 2019-es szintre.

Már csak két-három mondatot mondanék. A népegészségügyi stratégiánk, úgy néz ki, a héten szakértői szinten elkészül. Ádány Róza professzor asszonyt kértem fel, aki a népegészségügyi kutatóintézetek munkatársaival alkotott egy csapatot, és a WHO-ban Jakab Zsuzsanna főigazgató-helyettes volt még a segítségünkre. Igyekeztünk jó gyakorlatot beemelni. Úgy látom, hogy egy nagyon jó szakmai anyag állt össze.

Az első, amit meg fogunk célozni, az egészségtudatosság fejlesztése. Mi azt látjuk, hogy talán ebben vagyunk a leginkább lemaradva még az európai uniós és az OECD-országoktól. Ebben Maruzsa államtitkár úr nekem segítségemre van. Az iskolai egészségnevelést szeretnénk modern lábakra állítani. Egyébként jól működő példa van Szlovéniában. Nem szégyen másoktól tanulni. Az lenne a cél, hogy minden korcsoportot a saját nyelvén tudjanak a pedagógusok megszólítani. Tehát mást kell megtanítani egy óvodás gyereknek, mást egy alsó tagozatosnak, és mást egy fiatal, a felnőttkor előtt álló gimnazistának. Olyan ismeretsomagokat kell nekik átadni, amelyek a figyelmüket felkeltik. Ha sikerül egy-két hasznos információt bevésni, azzal az ellátórendszer is jól jár, az egyén is jól jár, és a nemzetgazdaság is jól jár. Ezt a célt fogjuk reményeim szerint a nyári jogalkotással megcélozni, vagy a tavasz végére, és akkor azt nyilván a bizottsági és társadalmi egyeztetés keretében a szélesebb nyilvánosság is megismerheti, hogy miket tervezünk. Dióhéjban ennyi.

ELNÖK: Köszönöm államtitkár úr tájékoztatását. Mielőtt a vitát megnyitnám, fontosnak gondolom azt, hogy minél többen hozzá tudjunk ehhez a mindenki számára nagyon fontos kérdéshez szólni, én ezért azt javaslom a bizottságnak, és a bizottság elé terjesztem, hogy professzor dr. Hegyi Gabriella a jelen napirendi pontnál tanácskozási joggal részt vehessen a bizottság munkájában.

Nyilván erről szavaznunk kell, ezért szavazásra teszem fel a kérdést, hogy ki az, aki támogatja, hogy professzor dr. Hegyi Gabriella a mai munkánkban részt vehessen. Kérem, hogy kézfelemeléssel jelezzék! *(Szavazás.)* Tizenkettő igen szavazat. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* Ki tartózkodik? *(Szavazás.)* Egy. Köszönöm a bizottság segítségét. Így professzor dr. Hegyi Gabriella is szót fog kapni a mai megbeszélésen.

A vitát ezennel megnyitom. Kérdezem, hogy ki kíván hozzászólni a bizottság tagjai közül. *(Jelzésre:)* Pesti Imre alelnök úr, öné a szó.

Kérdések, hozzászólások

DR. PESTI IMRE (Fidesz), a bizottság alelnöke: Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Elsősorban köszönöm államtitkár úrnak a beszámolóját. Rendkívül részletes és alapos volt valóban. Örülünk ennek a mai témának is, mert úgy látszik, hogy nemcsak érdeklődés, hanem teendő is van ezen a téren.

Egy fontos dologra szeretném mégis felhívni a figyelmet. A várható élettartam tekintetében az életmódnak, a környezetnek és a genetikának sokkal nagyobb szerepe van, mint az egészségügynek. Az egészségügyi ellátásnak ebben mindössze 10-20 százaléka van. Ez persze nem jelenti azt, hogy nincs felelőssége az egészségügynek, hanem azt jelenti, hogy a betegeknek vagy a leendő betegeknek sokkal nagyobb a felelősségük.

Az OECD-jelentésben szerepelt az is, hogy a megyei központok nem kellőképpen kiépítettek, orvoshiánnyal küzdenek. Örülök, hogy államtitkár úr is erről beszélt. Az egyik kérdésem az lenne, hogy mit kívánnak annak érdekében tenni, hogy a megyei központokban az orvosellátottság, mármint onkológusorvos-ellátottság, illetve a szakmai színvonal még magasabb legyen.

A másik, amit rendkívül fontosnak tartok megjegyezni, a tipikus közép-európai paradoxont, amely a Kopp Mária Intézetnek volt a felismerése, és publikálták, hogy a mi régióinkban valamilyen oknál fogva a daganatos, a szív- és érrendszeri betegségek terén a halálozás 35-65 év között messze meghaladja az európai átlagot, illetve a volt szocialista országokon kívüli országok átlagát. Nyilvánvalóan ennek is speciális szerepe van abban, hogy a kelleténél talán erősebb kihívásaink vannak a rák megelőzése, illetve a betegség kezelése kapcsán.

A második kérdés pedig az lenne, hogy azt látjuk, hogy van az állam részéről egy nagyon erős igyekezet a szűrési rendszer fejlesztésére, de azért azt látjuk, hogy ebben van elmaradás. Mit próbálunk tenni annak érdekében, hogy a szűrési rendszer hatékonysága növekedjen? Ez a két tiszteletteljes kérdésem lenne, államtitkár úr, és még egyszer köszönöm a nagyon részletes beszámolót. Köszönöm.

ELNÖK: Alelnök úr, köszönöm. További hozzászólás? *(Jelzésre:)* Dr. Komáromi Zoltán alelnök úr, öné a szó.

DR. KOMÁROMI ZOLTÁN (DK), a bizottság alelnöke: Köszönöm a szót. Elsőként annyit mondanék, hogy nagyon köszönöm a prezentációt. Mivel rossz a szemem, és messze ülök a vászontól, szeretném elkérni, hogy ez valamennyire munkaanyagként feldolgozható legyen *(Dr. Takács Péter: Természetesen!)*, mert olyan témákról esett szó, amelyeket az elmúlt hónapokban nagyon kevésszer hallottam.

Volt benne néhány olyan új dolog is, és megint a dicsérettel hadd kezdjem, hogy gyakorló háziorvosként mindig szembesültem azzal, hogy én egy rettenetesen rossz orvos vagyok, mert a nők a mammográfiára - hogy mondjam - kijelölt korosztályból

mindössze 10-12 százalékban voltak hajlandók elmenni a szűrésekre, miközben nálam a számítógépben 80 százalékos adatok voltak, ugyanis nagyon sokan a János Kórháznak az OEP által finanszírozott vizsgálatára mentek el, mert vagy nem kaptak behívót, vagy akkor nem értek rá, és én ezt most pozitívként mondom. Ezt évek óta kéri egyébként a szakma, és ugyanazt kéri egyébként a többi indikátornál is, a szemfenékvizsgálattól kezdve a laborvizsgálatokig rengeteg ember nem tud a közfinanszírozott ellátórendszerben időpontot kapni, kérni, de megoldja valahogy máshogy, és ezért lenne jó az informatika is.

Hogy menjünk tovább az informatikai úton, kérdezni szeretnék. A szűrőprogramok - tulajdonképpen látszik - folytatódnak, sőt eddig is voltak. Az a kérdésem, hogy az ott keletkezett adatok hogyan hasznosulnak. Hogyan jutnak el az adott beteg házi orvosához? Hogyan jutnak el az onkológiai típusú adatok az onkológiai rendszerhez, a kardiovaszkuláris adatok a kardiovaszkuláris gondozórendszerhez? Én tapasztalatból azt látom, hogy ez mindig egy nagyon gyenge lába volt ennek a rendszernek, tehát rengeteget ráfordít az állam, a minisztérium, az államtitkárság, nagyon sokan részt vesznek benne közreműködőként, nagyon sok emberrel találkozunk, és ennek valahogy nem látom az eredményét abban, hogy a kiszűrt emberek eljussanak oda, és ne csak rájuk legyen bízva, hogy ők mennyire komolyan vesznek egy ilyen eredményt, és hogy hogyan dolgozzák fel.

Ugyancsak kérdés, és motoszkál bennem évek óta, hogy több mint tíz éve nagyon kemény és még tulajdonképpen a többi országhoz képest is szigorú szabályokat vezettünk be a dohányzással kapcsolatban, és ennek valahogy nem látom az eredményét, a fiatalok dohányzási szokásainak a változásában sem. Bár ez az oldalág, amit említett államtitkár úr, mondjuk szerintem nem is annyira a dohányzáshoz tartozik, mint a káros szerek használatához, mert itt is ugyanolyan addikció alakulhat ki. Igazából most már tíz év után kellene látni a tüdőrák, a glomus carcinoma valamiféle visszalépését.

Az a kérdésem, hogy van-e valamilyen elképzelés, terv arra vonatkozóan, hogy ha ezt az alacsony dóziszú CT-vizsgálatot kiterjesztjük minden olyan helyre, ahol ilyen készülékek vannak - egyébként ezt szeretném is megkérdezni, hogy hány készülékről beszélünk országosan, mert ez a hozzáférhetőséget jelentősen fogja befolyásolni -, van-e valamilyen terv, hogy milyen ütemben kellene látni ennek végül is valahol az eredményét a frissen felfedezett tüdőrákok és az eredményesen gyógykezelt tüdőrákok alapján.

Nem volt most direktben szó róla, de évek óta az is felmerül, hogy a védőnők szerepe a rákszűrésben, illetve a cervix carcinománál a mintavétel tekintetében egy kívánatos program volt. Nem nagyon hallunk róla, hogy ez mennyire volt hatékony, mennyi volt egyáltalán az ilyen tevékenység. Arra is kíváncsi lennék, hogy most a védőnőknek a városi kórházakhoz történő átirányítása miben fogja ezt a programot befolyásolni, javítani, illetve van-e külön intézkedés erre.

Ami még kérdésem lenne, az a szűrőprogramok kormányzati kommunikációja. Kíváncsi lennék, hogy milyen kommunikációs terv, illetve milyen költségvetési számok vannak amögött, amit Pesti alelnök úr is említett, a betegegyüttműködés, a betegek kooperációja, a betegek felelőssége felismerésre kerül-e magában az állampolgárban, hogy igen, neki is van dolga ezzel, és igenis az ő életét is védik ezek a rendelkezések. Én nagyon-nagyon szeretnék már egy átfogó kormányzati kommunikációs programot látni a tömegkommunikációban, óriásplakátokon, újsághirdetésekből, mert ha elérjük a lakosságot és átütünk egy bizonyos ingerküszöböt, akkor véleményem, hitem szerint előbb-utóbb ez változtathat az attitűdön, amely a betegekkel kapcsolatos.

Még egyet szeretnék mondani, aminek kicsit jobban utána kéne nézni, mert az, hogy 10-20 százalék az egészségügyi rendszer felelőssége, ez nem így van az eredeti tanulmányokban. Erre nagyon sokszor hivatkozunk. Ezzel mindig egy kicsit rontjuk egyébként az egészségügyi rendszer reputációját ebben az egész folyamatban, holott ha

az egészségügyi intézményrendszerünk jobban tudna ebben a folyamatban részt venni, akkor valószínűleg ez egyrészt 20 százalékkal többet jelentene, másrészt maga után húzná a többi most 80, 70 vagy 75 százalékot. Erre pontosan kellene hivatkozni, mert nagyon sok embernek egyébként a kibúvót jelenti, hogy én tulajdonképpen az egészségügyi rendszerrel nem foglalkozom, mert úgyszincs semmi jelentősége ennek az egésznek.

Az utolsó pedig az EFI-k városi kórházakhoz való telepítése. Most is van elég sok EFI, amely ebben a konstrukcióban dolgozik. Végzett-e valamilyen hatásvizsgálatot az államtitkárság abban, hogy ezek mennyivel jobbak, mennyivel működnek hatékonyabban, mintha közvetlen önkormányzati vagy pedig valamilyen más konstrukcióban vannak?

Egy pluszkérdés, ami nem is annyira ide tartozik, de a három generációról eszembe jutott, hogy miért öt praxisnak kell egy praxisközösséget alkotni, amikor az ország legnagyobb részében egy rendelőn belül négy praxis működik. Ebben a három generációban körülbelül egy vagy két hónapig dolgoztam, hogy ötödikként bekerüljek valahova, mert a mi rendelőkben négyen nem tudtunk hová menni. Ez egy adottság Magyarországon, hogy hány rendelő van. Ennek volt-e valamilyen szakmai vagy statisztikai oka - mert én ezt sosem értettem -, hátha most a Népjóléti Bizottságban meg fogom tudni. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm, alelnök úr. További hozzászólások vannak-e a kormánypárti oldalon? *(Nincs jelentkező.)* Nincs kormánypárti jelentkező. További? *(Jelzésre:)* Varga Ferenc képviselő úr, öné a szó.

VARGA FERENC (független): Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Én is hadd kezdjem azzal, hogy köszönöm államtitkár úr beszámolóját. Nekem egy kicsit az volt az érzésem, hallgatva a beszámolót, hogy önök tudják, hogy hatalmas probléma van az egészségüggyel, de valahogy mégis megpróbálják ezt elbagatellizálni, hogy ó, hát ezek csak 2019-es számok, azóta már sokkal jobb a helyzet, közben pedig szerintem az emberek nem feltétlenül ezt érzik.

Engedjék meg, hogy tovább sokkoljam önöket statisztikai számokkal, mégpedig a magyar társadalom leszakadt rétegeinek vagy a cigányság egészségügyi mutatóival, amihez képest az OECD-számok teljesen jónak tűnnek! Kezdjük rögtön a születéskor várható élettartammal! Ez a nőknél 83,2 év, a férfiaknál pedig 77,5 év, a roma nők esetében ez mindössze 72,8 év, a férfiaknál pedig 67,3 év. Tehát ma egy roma nő 10,4 évvel, egy roma férfi pedig 10,2 évvel él rövidebb ideig, mint a nem roma társaik. A leggyakoribb halálokok között a szív- és érrendszeri, illetve a májbetegségeket találhatjuk a tüdő rosszindulatú daganata mellett, ráadásul az országunkban a 19 év feletti roma népesség 66,3 százaléka szenved valamilyen betegségben, 16,1 százalékuk egynél több betegségben, illetve 23 százalékuk három vagy annál több betegségben. A leggyakrabban előforduló húsz belgyógyászati betegségcsoport, például a daganatos betegségek nagy részében a betegségarányuk kétszerese, mint az összetársadalomé.

Az egészségügyi ellátórendszer tekintetében egyébként a romák esetében a gyógyító beavatkozások többsége az alapellátásban történik. A háziorvosi rendszerben mutatkozó orvoshiány azonban nagymértékben érinti az ő csoportjukat is, ugyanis többségük nem jut el időben az orvoshoz. A szakrendelésre történő utalások száma a romák körében nagyon alacsony, csakúgy, mint a kórházba kerülési arányuk is, viszont a kórházban eltöltött idő nagyon hosszú az esetükben.

Nagyon sok szó volt itt a szűrőprogramokról. Ha megnézzük ezt a romák tekintetében akkor azt láthatjuk, hogy nagyon ritka az esetükben a részvétel. Sajnos csak 2013-as adatot tudok mondani. Például kardiológiai szűrővizsgálatra a roma férfiak 25 százaléka jutott el, míg a nem roma férfiak 39 százaléka, ez az arány a nőknél pedig 29 százalék és 40 százalék.

Ha már a daganatos betegségekről vagy úgy en bloc a betegségekről beszélünk, akkor azt gondolom, fontos beszélünk arról is, hogy milyen a gyógyszerekhez való hozzáférés. Egy szintén '13-as felmérés szerint a roma férfiak 46 százaléka, a roma nők 49 százaléka még az alapvető gyógyszerekhez sem jut hozzá, míg ez az arány a nem roma férfiak és nők esetében 22 százalék és 23 százalék.

Engedjék meg, hogy már előre válaszoljak az önök reakciójára, amit sejtek, hogy majd a kormánypárti oldalról jönni fog! Nagyon sok kormány, azt gondolom, védekezhet azzal, hogy mondjuk csak egy cikluson keresztül van kormányon és a meghozott döntéseik, amelyeket meghoznak az első évben a kormányra kerülésük után, nem tudnak beérni, nem lesz meg a hatása, tehát nem tud megvalósulni egy hosszú távú konszolidációs folyamat. Önöknek viszont már a negyedik ciklus óta ott van egy korlátlan hatalom a kezében. Tehát ha önök már az első ciklusban elkezdtek volna meghozni olyan döntéseket, amelyek például az egészségügyet, az oktatást vagy a felzárkóztatást pozitív útra terelték volna, akkor annak már beérni látszódná a hatása. Én jelenleg ezeket nem látom. Államtitkár úr, most az lenne a kérdésem, hogy mit tesz a kormány a cigányság katasztrofális egészségügyi mutatóinak javítása érdekében. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. *(Jelzésre:)* Horváth László láttam jelentkezni. Képviselő úr, öné a szó.

HORVÁTH LÁSZLÓ (Fidesz). Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Ha Varga képviselőtársam nem kér szót, akkor valószínűleg én sem nyomom meg a gombot, és nem is a mondandójának a tartalma inspirált felszólalásra, hanem sokkal inkább a stílusa. Eddig a vita során úgy gondoltam, vagy úgy látszódott, hogy ez politikamentes vita, párbeszéd vagy megbeszélés lesz. Bár azok nagyon súlyos dolgok, amelyeket a képviselő úr elmondott, de ezeket nem kell, hogy is mondjam, politikai szándékba csomagolni, ezek megállnak anélkül is. Úgy gondolom, óvatosan kell bánni ezekkel az úgymond statisztikákkal vagy felmérésekkel. Készültek ilyen felmérések, nem tudom, hogy mikor készültek, de én nem tudok arról - merthogy nem is lehet ilyen csinálni -, hogy a romákat külön ki lehet emelni és külön statisztikákat lehet csinálni a romákról. Ezzel együtt lehettek és voltak ilyen kutatások, de nem tudom, hogy mikor és milyen rendszerességgel.

Amire én szeretném felhívni a figyelmet, és nem lehet ezt politikai kurzusokhoz kötni egyébként, hadd mondjak egy személyes példát! Egy nagyon közeli családtagommal kellett végigjárnom azt az utat, amit a rákos betegeknek végig kell járni, több intézményben, több éven keresztül. Ez 2006-2007-ben volt. Az Országos Onkológiai Intézetben volt két darab sugárgép. Amikor elkezdünk oda járni, akkor egyszer mondta a főorvos - egyébként az országból rengetegen jártak arra a két gépre -, hogy az egyik gép visszaadta a lelkét a teremtőjének. Onnantól kezdve egy gép volt, és arra járt mindenki, rengetegen, és persze mindenféle kezelési terv felborult onnantól kezdve.

De nem mondom azt, hogy ez az akkori kormánynak volt a hibája, mert egy csomó más olyan dolog volt, amivel akkor kellett szembesülni. A rákbetegség tekintetében, mondjuk úgy, az életmód, az alkoholfogyasztás, az elhízás jelentős kockázati tényező. Amit itt oknak fogunk fel, az máshol következmény. Az alkoholizmus is egy következmény, a dohányzás is egy következmény, az elhízás is egy következmény, merthogy mindegyiknek van olyan lelki tényezője, ami most már tudományosan igazoltan is betegséget okoz. Ezeket a lelki tényezőket, ahogy államtitkár úr is mondta, ebben a régióban kezelni különlegesen nagy kihívás.

Szerintem igazából ott lenne mindenfajta ilyen programnak az áttörése, ha azokra a tényezőkre - még egyszer mondom, alkoholizmus, dohányzás, elhízás, keringési problémák - rá tudnánk nézni, vagy az egészségügyi rendszer rá tudna nézni

a lelki tényezőkre, amelyek mögöttük vannak. Azt gondolom, ez a cigányság esetében is nagyon fontos, mert ezeket a lelki tényezőket hordozza egyik generáció a másik után, egyik generáció adja át a másiknak, és ezért nem lehet sem tíz évben, sem öt évben meghatározni, amíg egyébként a szemléletmód és az a koordinátarendszer, amelyben elhelyezzük ezeket a nagyon súlyos betegségeket, nem változik. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Mielőtt tovább folytatnám a vitát, szeretném felhívni a tisztelt bizottság jelenlévő tagjainak a figyelmét, hogy politikusként egy politikai testületben ülünk most. Számonkérni egymáson azt, hogy éppen miért politizálunk, vagy ki milyen módon fogalmazza meg a véleményét - hozzá kell tennem, szerintem a stílussal amúgy semmi probléma nem volt az eddigi vita során -, nonszensznek gondolom. Őrizzük meg *(Nacsa Lőrinc: De azért ő is elmondhatja, ugye?)*, őrizzük meg a bizottság tekintélyét azzal... *(Nacsa Lőrinc: Elmondhatja? Elmondhatja ő is?)* Kérem, ne szóljon közbe, képviselő úr! Ha szót kér, szót fogok adni. Köszönöm szépen.

Folytatjuk tovább a vitát. Ki az, aki hozzá kíván szólni? *(Nincs jelentkező.)* Kérdezem professzor asszonyt, hogy kíván-e szólni. *(Jelzésre:)* Ha igen, akkor örömmel megadom a szót. Parancsoljon!

PROF. DR. HEGYI GABRIELLA, a Rák ellen az emberért, a holnapért! Társadalmi Alapítvány kurátora: Először is nagyon szépen köszönöm a megszólalás lehetőségét. Nagy figyelemmel hallgattam államtitkár úr beszámolóját. Én 45 éve és ma is aktívan dolgozom ebben a szakmában, és nagyon büszkén vállalom azt, hogy tegnap reggel 8-tól este 9-ig dolgoztam, és betegeket láttam el, köztük onkológiai betegeket is.

A beszámolóból a szomorú valóságot megidézve egy olyan mondat fogott meg, ami teljesen igaz, az egészségtudatos magatartás. Ez az, ami az emberekből hiányzik. Nem tudom, hogy az egészségtudatos magatartás kialakításához hogyan jutnánk hozzá, de miután rendszeresen járok Kínába, 30 éve - miután megcsináltam egy ottani egyetemmel és a Pécsi Egyetemmel a Konfuciusz Intézetet, a hallgatók nálunk tanulhatnak, orvostanhallgatók -, gyakorlatilag azt látom, hogy már kisgyermekkorban, óvodáskorban, iskoláskorban nem a tévé előtt ülnek a gyerekek, hanem kimennek és tajcsiznak, csikungoznak a közterületeken, szombaton és vasárnap pedig a zöldfelületen kettesével, hármasával elmélyülten meditálnak. Tehát az egészségtudatos magatartás nálunk az óvodában kell hogy kezdődjön szülői magatartás alapján, és aztán folytatódna az iskolában, a gimnáziumban, az egyetemen és mindenhol. Elszomorodva látom, hogy az egészségtudatos magatartás hiányzik akár az egyetemi hallgatókból is, mert hiszen McDonald'son, chipsen és egyebeken élnek, és rendszertelenül étkeznek.

A daganatos betegségekre visszatérve, az egészségtudatos magatartás kialakítása az egészségnevelés feladata lenne. A humán erőforrás hiányában, miután több mint 17 ezer egészségügyi dolgozó hiányzik a rendszerből, valahogy körül kellene nézni, hogy hogyan tudnánk bevonni olyan egészségügyi képzettségű szakembereket, akik valahol máshol dolgoznak, és akiknek kedvük és képesítésük lehetne abban, hogy egészségnevelőként elmenjenek óvodába, iskolába és mindenhova. Úgy tudom, hogy a megszüntetett Integratív Medicina Szakmai Kollégium újragondolása következik. Rengeteg olyan ember van, körülbelül 15 ezer ember, aki az OKFŐ-nél nyilvántartott ebben a témában. Közülük lehetne választani - egészségnevelő vagy egészségmegőrző, életmódtanácsadóként, hiszen van egy ilyen kategória, amiben ők végeztek -, hogy őket foglalkoztassuk.

A másik - a humán erőforrás mellett - a pénz. Gyakorlatilag az elmaradott kistérségekben olyan szűréseket, szűrővizsgálatokat és azok népszerűsítését kellene elvégezni, ami nagyon kiváló dolog. Mi is a Rák ellen az emberért, a holnapért!

Alapítványként most is a Bethlen Gábor Alapítványtól kaptunk pénzt, és valahova oda kellene elvinni, ahol valóban a roma kisebbség és mindenki van, mert hiszen valóban minden alkalommal, amikor részt veszek egy ilyen szűrésen, minimum két-három szájjüregi daganat, tüdődaganat és egyebek derülnek ki, amelyek kezelendők.

Nem a palliatív ellátás az elsődleges, bár a hospice is nagyon lényeges a méltóságteljes távozás miatt, hanem elsősorban a megelőzés az, ami nemzetgazdasági érdek lenne, mert hiszen a megelőzés az, ami a sokmilliós, akár napi egymillió forintos onkológiai kezeléseket is megelőzné. Tehát gyakorlatilag ez lenne másik téma.

A harmadik pedig az, hogy az egészségtudatos magatartás nyilván a fejlett gazdaságú országokban a diplomások körében sokkal magasabb. Európai pályázaton vizsgáltuk a 28 európai uniós ország ez irányú magatartását, és azt láttuk, hogy ezt minden országnak saját magának kell kialakítani és az egészségügyi kormányzatának, de talán fokozottabb megelőzés és szűrés kellene - Bethlen Gábor Alapítvány - azokon a helyeken, a kistérségi helyeken, ahol nem igazán történik szűrővizsgálat.

A másik a humán erőforrás bevonása. Rengeteg olyan kolléga van, akár a Komáromi doktor által említett védőnői hálózat bevonása is, akik a méhnyakrák megelőző állapotát tudják diagnosztizálni és segíteni. Nyilván itt a gyermekgyógyász lobbija az, amely kicsit ellentmond, de velük is békésen meg lehet állapodni. Tehát én azt gondolom, hogy a megelőzés és az egészségtudatos magatartás kiterjesztése és kifejlesztése lenne elsősorban a feladat azoknál, akiknél ez nem annyira tudatos, és aztán természetesen a többi, de ehhez viszont pénz kell. Köszönöm szépen, hogy meghallgattak.

ELNÖK: Köszönöm szépen professzor asszonynak. Kérdezem a bizottság tagjait, hogy ki kíván még hozzászólni. *(Jelzésre:)* Dr. Mészáros Lajos, öné a szó.

DR. MÉSZÁROS LAJOS (Fidesz): Köszönöm szépen a szót. Néhány dolgot emelnék ki államtitkár úr beszámolójából. Az egyik a daganatos betegségek esetén a kéthetes hozzáférés a különböző diagnosztikákhoz. Ezt nagyon jónak tartom. Saját magam az egészségügyi ellátórendszerből jövök, illetve egy olyan szakmát űztem több évtizedig, amely daganatos betegeket is ellátott urológusként.

Fontosnak tartanám azt is, hogy ha valaki olyan indifferens panaszokkal fordul mondjuk a házi orvoshoz, amely már feltételezheti azt, hogy esetleg daganatos betegség is van, akkor a házi orvos gondoljon a daganatos betegségre, tehát szerintem a képzésben is ennek hangsúlyt kellene adni. Sok esetben láttam urológusként, hogy például véres vizelet esetén az ötödik, hatodik antibiotikum-kúra után küldte a házi orvos további diagnosztikára, illetve urológushoz, amikor már nehéz volt segíteni a betegen.

Ha pedig a házi orvos mégis megfelelően ítéli meg a beteget, akkor a következő diagnosztikai vizsgálatok már ebben az esetben is, amikor még nem biztos, hogy daganatos betegségről van szó, hozzáférhetőbbek legyenek akár ezzel a kéthetes hozzáféréssel, akár valamilyen más módon, gondolok itt például egy ultrahangvizsgálatra. Dunaújvárosból jövök, Dunaújvárosban nagyon problémás a hasi ultrahangvizsgálatokhoz való hozzáférés. Ezt valamilyen módon könnyíteni kellene, szerintem akár úgy is, nem biztos, hogy ördögtől való, hogy nem radiológus végzi a vizsgálatot, hanem egy olyan képzett szonográfus, akinek rááll már a szeme erre a vizsgálatra.

Fontosnak tartanám a vastagbél-tükrözéseknél, a kolonoszkópiáknál az altatás általánossá tételét, illetve tb-finanszírozását. Ki kellene számolni, hogy ez mekkora terhet jelentene a költségvetésben, és ha ez tolerálható, akkor véleményem szerint sokkal előbb bevállalnák a betegeket ezt a vizsgálatot.

A harmadik pedig, hogy a bőrgyógyászati hozzáférést is valahogy javítani kellene, hiszen a melanómák korai felismerése nagyon fontos. Saját magam láttam

kórházigazgatóként, hogy ez mekkora probléma, hiszen elmegy a beteg a háziorvoshoz, vagy el akar menni közvetlenül – ugye, nem beutalóköteles szakma a bőrgyógyászat -, de sok-sok hetes, akár hónapos előjegyzést kap, ami egy melanóma esetében nem jó, illetve nagyon rontja az esélyeket.

Nemcsak a daganatos betegségek esetében, hanem szeretném azt kérni, saját tapasztalatból mondom, hogy általában a járóbeteg-hozzáférést, a diagnosztikai hozzáférést valamilyen módon hangsúlyozottan kellene javítani. Mindig a szemlencseműtétekre koncentrálnak, a nagyízületi protetikára, tehát ezeknek a kórházi nagyműtéti beavatkozásoknak a várólista-csökkentésére - és ebben nagyon komoly eredmények voltak -, de hangsúlyt kéne adni a járóbeteg-ellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve a járóbeteg-diagnosztikák hozzáféréseinek a javítására. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Kérdezem, ki kíván szólni. *(Jelzésre:)* Dr. Komáromi Zoltán alelnök úr kíván szólni. Parancsoljon!

DR. KOMÁROMI ZOLTÁN (DK), a bizottság alelnöke: Köszönöm a szót. Két dologra szeretnék reflektálni. Egyrészt Hegyi Gabriella professzor asszony egészségneveléssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos témakörére reflektálnék. Én is nagyon fontosnak tartom akár óvodai, általános iskolai szinten az egészségnevelés, egészségfejlesztés reguláris bevezetését. Ehhez egy kérdésem is lenne. Van-e az államtitkárságnak vagy a minisztériumnak valamiféle koncepciója arra, hogy ez hogyan kerüljön bevezetésre?

Adalékként annyit mondanék el, hogy 2000-2010 között az összegyűjtött adatok szerint 1200-1500 hallgató szerzett képesítést egyrészt bachelor, másrészt master szinten a szegedi, debreceni, budapesti, veszprémi, és ha jól tudom, győri egyetemen. Ezekkel a hallgatókkal időnként egy-egy kongresszus hostess szolgálatánál, recepciójánál találkozunk, mert aki engem tanár úrnak szólít, az biztos, hogy ilyen képzésben vett részt, és minden egyes ilyen találkozásnál arról számoltak be ezek a tulajdonképpen általunk kiképzett szakemberek, hogy nem kaptak semmiféle elhelyezkedési lehetőséget, és a legtöbbször vagy visszament az eredeti szakmájába védőnőnek, mentőápolónak, vagy tanárnak. Óriási lehetőség lenne őket valahogy kicsit reaktiválni. Nagyon jó képzést kaptak kommunikációban és szakmailag is. Ezt vétek lenne kihagyni, de nem volt sehol módomban megkérdezni, hogy rájuk valahogy számítunk-e, és van-e valami koncepció.

A másik pedig az, hogy Mészáros úrhoz csatlakoznék, ugyanis a gyakorló háziorvosnak nem ott van gondja, hogy a képalkotóra nem tudja beküldeni, mert ha ultrahangra beküldi, és ráírja ezt a kódot, akkor általában nekem az a tapasztalatom, hogy Budapesten és a vidéki városokban is valahogy besuvasztják egy ultrahangig. Igen ám, de se CT-re, se MR-vizsgálatra háziorvos nem utalhat be beteget, és mire bejut az urológiára, mire bejut a gasztroenterológiára, nemhogy hetek, hanem hónapok telnek el.

Gondolkodik-e államtitkár úr azon, hogy ezt az egyébként pozitív és nagyon jó rendelkezést kiegészítse egyrészt olyan irányba, hogy az ilyen típusú diagnosztika, illetve konziliárius lehetőségek daganatos betegségek felvetése esetén szintén tartozzanak bele ebbe a 14 napos, akár egy külön csatorna nyitására, vagy pedig a háziorvosoknak valamiféle jogosítványt adni arra, hogy ha ők megalapozottan, akár egy hematuria, akár egy meléna kapcsán gondolnak daganatra, akkor módjuk legyen egy magasabb szintű képalkotó vizsgálatra beutalni a betegeket? Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm, alelnök úr. Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. *(Nincs jelentkező.)* Nem látok jelentkezőt.

Jelezném a tisztelt bizottság felé, hogy én viszont hozzá kívánok szólni, és így a hozzászólásom időtartamára nagy tisztelettel átadnám az ülés vezetését dr. Kovács József alelnök úrnak.

(Az ülés vezetését dr. Kovács József, a bizottság alelnöke veszi át.)

ELNÖK: Köszönöm szépen, elnök úr. Megadom a hozzászólás lehetőségét Varga Zoltán elnök úrnak.

VARGA ZOLTÁN (DK), a bizottság elnöke: Köszönöm szépen, alelnök úr. Annyi mindent hallottunk - és én is köszönöm a magam részéről államtitkár úrnak a prezentációt, és azt kérem, hogy amennyiben ez lehetséges - és ha minden igaz, akkor igen -, akkor a bizottság számára küldje már meg a prezentációt, és mi ki fogjuk küldeni a bizottság tagjainak -, annyi mindenről beszéltünk. Nyilván leginkább orvosoldalról közelítettük meg ezt a kérdést.

Engedje meg, hogy én most a felhasználó oldaláról, a beteg oldaláról közelítsem meg egy picikét! Mindenki ismeri nagyjából ezt az úgynevezett magyar rákellenes programot, ezt a dokumentumot. 2018-ban jelentette be az EMMI, hogy egy ilyen készít. Ebben a dokumentumban szerepel egy szerintem nagyon fontos mondat, amiről itt már sokat beszéltünk, mégpedig az, hogy „ha nem fektetnek elég nagy hangsúlyt a megelőzésre, a következő években ezer fiú újszülöttből 313, ugyanennyi lányból pedig 149 rosszindulatú daganat miatt nem éli majd meg a 75 éves kort”. Ez önmagában is egy szörnyű adat, de ha hozzáadjuk azt, ha megnézzük a jelenlegi statisztikákat, akkor abból sajnos az derül ki, amit Varga képviselőtársam is pedzegetett már, és ez nemcsak a leszakadó társadalmi csoportokra igaz, hanem a magyar társadalom egészére is, hogy az elmúlt időszakban azt a megdöbbentő statisztikát tudhatjuk magunkénak, hogy hosszú-hosszú évek óta a születés kori élettartam most újra elkezdett csökkenni. Azt hiszem, ez nagyjából a legerősebb kritika az egészségügyi kormányzat felé. Persze lehet itt nagyon szép prezentációkat mutatni, és hogy mi a jövő, de sajnos a jelen dermesztő.

Magyarország második legnagyobb városából, Debrecenből jövök. Én ott élek mind a mai napig, és nyilván ott próbálok orvosi ellátáshoz jutni pontosan ugyanúgy, mint bármely más honfitársam, az a 9,5 millió, aki nagyjából ugyanezt a kezeléssort vagy ellátást igényli. Államtitkár úr úgy fogalmazott, hogy a várólistáknál mindenki a nagy képet nézi, vagy a nagy képet kell nézni, és nem az egyedi eseteket. De ott a probléma, hogy egy beteg mindig az egyedi esetet látja, és ha sok egyedi eset összetalálkozik ebben a sztoriban, akkor kiderül, hogy a nagy kép sem rózsás.

Én azt látom, hogy Debrecen városában nemhogy egy kolonoszkópiához, egy vastagbélszűréshez nem lehet most hozzájutni záros határidőn belül, hozzá kell tennem, most már lassan fizetős ellátásban sem, hiszen annyira leterheltek az ezzel foglalkozó orvosok és az intézetek, de ennél egy lényegesen egyszerűbb tüdőszűrőre is bizony-bizony már úgy kell az embernek talpalnia, hogy találjon kellő időpontot, és ezt lehetne folytatni a végtelenségig.

Ez a 14 napos orvosdiagnosztikai hozzáférési terv vagy elképzelés sajnos a betegek számára csak egy elképzelés marad, mert a valóság nem ezt tükrözi. Én itt most beszélhetnék az én saját édesanyámról, akinek azt mondta a szemészorvosa, hogy próbálja meg majd májusban felhívni újra a rendelőt, és akkor majd talán fognak tudni egyáltalán időpontot keresni arra, hogy mikor tud elmenni a szemészetre. Az én édesanyám amúgy egy tűzrőlpattant 84 éves öreg hölgy, aki kijár magának mindent, hál' istennek, nincsen vele semmi baj, na, de a nagy átlag sajnos olyan, mint amit Varga képviselő úr mond, sokan elveszítik a hitüket, legyintenek egyet, és azt mondják, hogy ezt dobta a gép, nem tudok orvoshoz menni.

Ha megnézzük azt, hogy jelenleg hogy áll a magyar egészségügy a Covid-járvány óta, államtitkár úr optimistán azt mondja, hogy gyakorlatilag visszaállt minden a régi

kerékvágásba, én azt mondanám, hogy bizony az a régi kerékvágás is dermesztő volt, de szerintem nem. Amit én látok Debrecen városában, az a kóválygó, kétségbeesett betegek hada, akik próbálnak orvost találni egy adott pillanatban a saját problémájukra, és nyilván ez a saját problémájuk. Ilyen tekintetben, hogy ez a rossz vagy jó hozzáféréserzés most hány százalékot is jelent, én nem tudom, de ismerve, látva a saját viszonyainkat Debrecen városában, ez egy lényegesen magasabb szám, mint amit itt most jelenleg ezekből a statisztikákból látni lehet. Ilyen tekintetben nem vagyok nyugodt attól, hogy hogy áll most jelenleg a helyzet. Sokkal-sokkal több orvosdiagnosztikai eszközre lenne szükség.

Az, amit itt most látunk különben akár a MOK esetében, akár bármilyen más egészségügyi kormányzati intézkedés esetében, az engem sokkal inkább emlékeztet arra, hogy az egészségügyi kormányzat, nyilván nem tudom, milyen hatásra, de valójában rossz helyen keresi az ellenfeleket. Sok esetben most a saját orvostársadalmukban vagy a szakápolói társadalomban találják meg azokat, akik ellen önök küzdeni akarnak, holott nagy valószínűség szerint például a MOK vagy azok az orvosok, akik próbálják jelezni, hogy akár az ügyeleti rendszer, akár az a rendszer, amit önök erővel próbálnak keresztülvinni most az egészségügyön, nem biztos, hogy jó, nagyon elképzelhető, hogy ők látják ezt jól, akik naponta benne vannak ebben, akik érzékelik, hogy mi a probléma, akik látják a betegeket, akik személyesen találkoznak ezekkel az emberi sorsokkal. Az, hogy önök ezt nem hallgatják meg, hanem helyette megpróbálják erőből átverni azokat a víziókat, nem biztos, hogy sikerre vezetnek, hiszen látjuk, hogy 2018 óta bizony sok minden nem változott ebben a helyzetben. Én nagyon szeretném, ha ez így lenne.

Nem ismerem az új statisztikai adatokat, nem tudom azt, hogy az EU-átlaghoz képest most az egészségügyre fordított összegünk hol fog állni, és itt nem törvényszerűen csak az orvosbéremelésre gondolok, hanem például az orvosdiagnosztikai vizsgálatok felgyorsítására, új gépek beszerzésére, nyilván az ahhoz szükséges személyzet tanítására és rendszerbe állítására.

Nagyon sok olyan probléma van, ami engem, az édesanyámat vagy a debreceni társadalmat sokkal-sokkal jobban érinti, és mi bizony kétségbe vagyunk esve, nem látjuk annyira rózsásnak a helyzetet, mint ahogy államtitkár úr mondja. Nagyon bízom benne, hogy meg fog nyugtatni abban, hogy ez egy átmeneti, pillanatnyi zavar, és tudnak erre jó megoldást biztosítani nagyon rövid, záros határidőn belül, hiszen ne felejtjük el azért, hogy telnek-múlnak a napok, a hetek, a hónapok, az évek, és minden nap egy-egy újabb, vagy nagyon sok emberéletet jelent, akiket azért veszítünk el, mert nem kapják meg a kellő orvosi kezelést, vagy azért, mert nem jutnak hozzá kellő időben az orvosdiagnosztikai vizsgálatokhoz, vagy azért, mert egyszerűen nem jutnak el orvoshoz sem, mert orvoshiány van a saját körzetükben. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen elnök úr hozzászólását. Visszaadom az elnöklést Varga Zoltán elnök úrnak.

(Az ülés vezetését Varga Zoltán, a bizottság elnöke veszi át.)

ELNÖK: Nagyon köszönöm, alelnök úr. Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. *(Jelzésre:)* Kovács József alelnök úr jelentkezett szólásra. Alelnök úr, parancsoljon!

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság alelnöke: Köszönöm szépen. Nagyon röviden fogok szólni. Nagyon sok értékes gondolat hangzott el a témával kapcsolatosan. Köszönöm én is államtitkár úrnak ezt a részletes beszámolót. Én is megyei kórházat vezettem évtizedeken keresztül. Nagyon köszönöm professzor asszonynak is azt a nagyon jó kiegészítést és ideilleszkedő élettapasztalatot, amit megosztott velünk teljes egyetértésben. Nem szeretném megismételni az önök által elmondottakat,

nyilvánvalóan ez egy nagyon-nagyon komoly téma, ami nem problémamentes sehol a világon egyébként.

Egy dolgot hiányolok, nem mintha a statisztikának, különösen az összehasonlításoknak nagy híve lennék, de ha lenne már végre egy olyan összehasonlítási alap, mondjuk, az Unió országaival vagy bármelyikkel, amely teljesen egyöntetű és egyértelmű validitás alapján határozná meg azokat a helyzeteket vagy helyezéseket, amelyekről mi itt beszélünk. Komáromi alelnök úrhoz annyiban kapcsolódnék, hogy az én tudomásom szerint nem tudok autentikus választ adni, de a nemdohányzók védelmének a törvénye óta a tüdőrákok incidenciája véleményem szerint csökkent, de nem tudok választ adni, mert nem vagyok tüdőgyógyász.

Azt tartom nagyon fontosnak, hogy ezeket a problémákat, amelyek valóban vannak, nem biztos, hogy olyan mértékben, amilyen formában fel lettek vetve, de léteznek, próbáljuk közösen, pártpolitikai hovatartozás nélkül együtt vállvetve megoldani, kivétel nélkül minden ember számára egyformán. Az orvosi diplomám az 50. évét tapossa, tehát elég sok időt eltöltöttem én is ezen a területen, úgy gondolom, nagyon fontos, hogy fel kell vetni a problémákat.

Annyit engedjen meg nekem, elnök úr, hogy valóban a stílus rendkívül fontos ebben a témában, mint mondják, a stílus maga az ember, és ez egy nagyon igaz mondás. A kritikákat tehát meg kell fogalmazni, a politikai hovatartozását is vállalnia kell az embernek, és végig kell vinni. Úgy gondolom, egy olyan témáról beszélünk, amelynek mélyebb a politikai érintettsége, tulajdonképpen azzal nem kompatibilis az én véleményem. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, alelnök úr. Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. *(Jelzésre:)* Sztojka Attila képviselő úr, öné a szó.

SZTOJKA ATTILA (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Csak röviden kívánnék reagálni, annál is inkább, mert egyetértek képviselőtársam hozzászólásával, amelyben ugyan elnök úr azt mondja, hogy politikusok ülnek itt, való igaz, ugyanakkor egy bizottságban a legfontosabb hangsúly véleményem szerint azon van, hogy szakmai alapon menjen a munka. Ha ezt elfelejtjük, és mindinkább elkezdjük politikai síkra terelni, akkor akár a szakma rovására is mehet.

De ha elnök úr egy ilyen területet megnyit vagy szélesít, akkor sokféle politikai választ lehetne adni. Mielőtt politikai válaszokat, vagy ha úgy tetszik, adatokat sorolnék, azelőtt engedjék meg, hogy felhívjam a figyelmet arra, hogy Komplex telepprogram keretében kötelező elem a szűrés. Nyilván lehet arról vitatkozni, hogy elegendő-e a szűrések mennyisége, vagy sem, én is azt gondolom, hogy mindaddig, amíg egyetlenegy ember adott esetben a szűrésekből kimarad, addig nem elegendő, végezni kell, mindenhova el kell juttatni.

Ha a szűrésekről beszélünk, akkor alapvetően nemcsak az eszközök és az infrastruktúra adottságait kell nézni, hanem az emberek hozzáállását is. Ebben van még nagyon sok feladatunk, be kell vallanunk, és mindnyájunknak. A felvilágosítás, a szükségesség megerősítése rendkívül fontos. A szűrések vonatkozásában fontos még azt is megemlíteni, hogy Magyarország Kormánya kiemelten támogatja a 300 legszegényebb település felzárkózási folyamatait. A „Felzárkózó települések” program keretében is szűréseket és felvilágosító programelemeket is lehet tartani, sőt kell is tartani. Szóval azt gondolom, ebben is egy nagyon komoly előrelépés indult el az országban.

Ha a politikai vetületét nézzük, akkor azt azért nem szabad elfelejteni, hogy a balliberális kormány bizony 600 milliárd forintot vont ki az egészségügyből, ráadásul azt sem szabad elhagyni, hogy körülbelül 16 ezer ágyat szüntettek meg a balliberális kormány idején, és még hosszasan lehetne sorolni a dolgokat.

Végezetül engedjék meg, hogy egy adatra hívjam fel a figyelmüket! Az OECD országadatai alapján az egy főre jutó egészségügyi kiadások reálértékét számolva 2003-2009 között egyedül Magyarországon csökkentek ezek a ráfordított összeget, ha pedig a 2010-2018 közötti időszakot nézzük, az EU tagállamai közül a hetedik legmagasabb ütemben növekedtek az egészségügyre fordított kiadások értékei. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. (*Prof. dr. Hegyi Gabriella: Én szerettem volna még egy picit.*) Amennyiben több hozzászólás nincs, akkor professzor asszonynak 3 percben adom meg a szót.

PROF. DR. HEGYI GABRIELLA, a Rák ellen az emberért, a holnapért! Társadalmi Alapítvány kurátora: Köszönöm szépen, csak nagyon röviden. Én kívülállóként ülök itt, és észlelem azt, hogy voltaképpen a közös cél az, hogy valahogy jobbítsuk a helyzetet, különösen a daganatos betegek helyzetét. Horváth képviselő úr volt az, aki először kimondta, hogy a daganatok kialakulása, annak a felismerése - és időben történő felismerése - elsősorban az alapellátás felkészültségétől függ. Valamikor régen belgyógyászati szakvizsga nélkül nem lehetett kimenni körzetbe, mert az ember tudta azt - belgyógyászati osztályon dolgozva -, hogy mekkora felelősség.

Én magam is a családommal kapcsolatban tapasztaltam, hogy BMO-osztályon szemész rezidens ügyelve azt kérdezte a patológus férjemmel kapcsolatban, akinek volt egy TIA-ja, tranzitorikus ischaemiás attackja, hogy most mit csináljak vele. Hát, mondom talán fel kéne küldeni a Városmajorba megnézni a pacemakerét és egyebek. Hát, de nincs mentő! Hát, mondom, akkor magánmentővel küldjük fel! Szóval én is részese vagyok.

Amit én látok és tudok, hogy a daganatok kialakulása multifokális dolog, és abban benne van a dohányzás, persze, benne van, de azért az apácák között is van méhnyakrákos, tehát a kivétel erősíti a szabályt. Valóban így van, nagyon sok olyan roma kisebbséghez tartozó beteget kezelünk, aki dohányzik, és tüdőrákja van.

A második a táplálkozás. Mi felé tendálunk most? Az élelmiszerek ára olyan, amilyen, gyakorlatilag a szénhidrátfogyasztás, a zsír és az obezitás, felé, mert mindenki kövér, aki sok édességet eszik, mert az a legolcsóbb.

A harmadik az, hogy a mai tudásunk szerint a bél, mint mikrobiom, körülbelül 400 négyzetméter terjedelmű, a bélflóra kialakulása fontos, és a bélnek az agyra közvetlen hatása van, a bél-agy tengely sok minden egyébbel kapcsolatban van. A bélflóra szűrése egy költséges vizsgálat.

A következő az egészségtudatos magatartás hiánya és végül a stressz. Itt volt szó a stresszről, és ön említette először, hogy voltaképpen folyamatos stressz éri az embert mindenben, a főnöktől, a munkatársaktól, az elfogadás miatt, és az öngyilkosok aránya is Magyarországon nagyon magas. Voltaképpen a mentális egészség az, ami megfogható, és ez az egészségtudatos magatartással együtt is jár. Voltaképpen ezt kellene tanítani az óvodától kezdve. Van olyan szülő, aki naponta csak 7 percet foglalkozik a gyerekével, mert különben dolgozik, rohan és minden - éppen most hallottam valamelyik nap a rádióban -, annak a gyereke gyakorlatilag magára marad, és elkezd marihuánázni, meg mit tudom én, olyan helyekre járni, ahova nem kéne.

Azt látom, hogy ezek a komplex dolgok azok, amelyekre gondot kellene fordítani közösen, függetlenül pártállástól és minden egyébtől. Tehát voltaképpen a magyar nép és a magyar populáció érdeke, hogy egészségesebbek legyünk, és ezért kellene összefogni közösen, függetlenül a csatározásoktól, amelyeket én is észleltem. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen professzor asszonynak. Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. (*Nincs jelentkező.*) Több hozzászólást nem látok, így a vitát lezárom.

Amennyiben kéri, akkor természetesen megadom a szót államtitkár úrnak, hogy reagáljon a vitában elhangzottakra. *(Jelzésre:)* Öné a szó, államtitkár úr.

Dr. Takács Péter reflexiói

DR. TAKÁCS PÉTER államtitkár (Belügyminisztérium): Köszönöm a lehetőséget. Igyekszem az idővel nem visszaélni, de annyi felvetés volt, elnök úr, hogy kénytelen leszek. Visszafelé haladnék. Elnök úr politikai jellegű felvetéseire én most részletesen nem térnék ki. Ebben volt 18,5 óra vita a parlamentben, amikor ezekről nagyon részletesen beszélgettünk. Nem gondoltam, hogy a komplett egészségügyről szóló statisztikát ide kéne hozni, mert az parttalanná teszi a vitát. Belemehetünk várólistaszámokba és egyebekbe, de nem tartom célszerűnek. Ha a bizottság erre valamikor egy külön napirendet szentel, én természetesen arra is eljövök, mint ahogy minden egyes alkalommal eljövök, és a vitában az összes kérdésre szakmai választ adok, erre is fogok szakmai választ adni.

Egy dologra hadd reagáljak! A 14 nap a C és a D beküldő diagnózis, azaz daganat gyanúja esetén van a képalkotó vizsgálatoknál, tehát ne mossuk össze a szakrendelésre való bejutást és a daganatos beteg képalkotó vizsgálatához való jutását. Egy dolgot hadd mondjak el ezzel kapcsolatban! Budapest Fővárosnak volt erre 2 milliárd forintja az Egészséges Budapest Program keretében, hogy csökkentse a CT- és MR-várólistát a fővárosban. Amikor ezt a főváros megkapta, eljöttek hozzám - én akkor éppen kórházigazgató voltam a Szent János Kórházban -, és megkérdezték a szakmai véleményemet, hogy hogy kéne csinálni. Én elmondtam nekik, de nem úgy csinálták. Csak a C- és a D-kódosokra kötöttek szerződéseket. Három év alatt kétféle milliárd forintból 400 milliót sikerült elkölteni, 1,6 bent maradt. Tehát az ellátórendszer annyira felszippantja a daganatkódosokat a diagnózisra, hogy nem tudták elkölteni a pénzt.

Most újra eljött hozzám Kiss Ambrus főpolgármester-helyettes úr, és kitaláltunk egy új metódust, amely egyébként egy kicsit arrafelé tendál, amit Komáromi képviselő úr mondott, hogy nézzük meg, hogy hol van még időben csúszás, és ilyen esetmenedzsereket alkalmazzon a főváros, hogy a kiszűrt pozitív diagnózisú daganatos beteg minél előbb onkoteamhez jusson, és minél előbb a megfelelő terápiához jusson.

Egyébként most kicsit visszautalok Komáromi képviselő úr kérdésére is: az informatikai fejlesztés is ezt a célt szolgálja. Van egy EESZT-nk. Most az az egyik fejlesztés, amit én megrendeltem a fejlesztő csapattól, hogy amikor kiszűrnek valakit daganatos diagnózissal, az villogjon minden ellátóhelyen pirosan, hogy ennek az embernek onkoteam elé kell kerülnie, mert lehet, hogy nem megy vissza azonnal a gasztroenterológiára, lehet, hogy a házi orvosánál jelentkezik, de a házi orvosnak tudnia kell, hogy neki ezzel a beteggel teendője van. Úgyhogy most újrászereztünk a fővárossal immár más metódusban. Tehát a daganatos betegségeket a fővárosi diagnosztikai ellátórendszer ennyire jól felszippantja, egyébként tapasztalatunk szerint a vidék is. Ha valahol nem működik, az helyi munkaszervezési probléma, és akkor kérem, hogy a kórház orvosigazgatója vagy az OKFŐ mint fenntartó felé jelezzék, mert akkor ott helyi munkaszervezési probléma van.

Gyorsan végigszaladnék a hozzászólásokon, tényleg spórolva az idővel, amennyit lehet. Pesti Imre képviselő úr kérdezte, hogy mit teszünk annak érdekében, hogy a megyei onkocentrumok megerősödjenek. Egyrészt a legtöbb terápiás beavatkozási lehetőség ott is elérhető. Én azt kértem Polgár Csaba főigazgató úrtól, aki az Országos Onkológiai Intézet igazgatója, hogy ezeknek a centrumoknak a bevonásával nagyon részletes protokollt és szakmai irányelvet dolgozzanak ki, és húzzák meg határozottan a kompetenciahatárokat, mi az, amit ott el kell tudni látni, mi az, ami elvárható megyei vagy regionális szinten, ki az, akit eggyel feljebb kell küldeni régióra vagy országosra, egyébiránt pedig nehéz lenne a kormányt megvádolni

azzal, hogy a humánpolitikához szükséges forrásokat az elmúlt három évben ne rakta volna bele.

A szűrési rendszer további fejlesztése. Hadd mondjak valamit, mert időnként kicsit orvosszemszögből nézzük, de nyilván a beteg az első, és mást ért a laikus szűrésen, és mást ért a szakma. A szakma a WHO definícióját tekinti szűrésnek, ezek elsősorban a szervezett szűrővizsgálatok, amelyek életkorhoz vagy valamilyen kockázathoz kötöttek, és nagy tömegben, olcsón elvégezhető vizsgálatokról van szó. A laikus nem ezt érti szűrővizsgálaton. A laikus azt érti szűrővizsgálaton, hogy menedzserszűrés, évente egyszer csinálnak rólam egy labort, és egyszer lát az orvos évente jobb esetben. Ebben nagy hiányosságok vannak, és ebben az alapellátásnak van szerepe.

Az új terveink szerint ötévente egyszer általános egészségfelmérésen át kell esnie mindenkinek a házi orvos vagy a foglalkozás-egészségügyi orvos által. A legtöbb életévet azzal veszítjük el, hogy az aktív korú népesség kikerül nagyon sokáig az egészségügyi ellátórendszer szeme elől, mert egyszerűen nincsen baja, nem megy orvoshoz. Azt lehet tudni, a ráfordítási görbe is olyan, hogy gyerekkorban viszonylag sokat költünk, középkorban viszonylag keveset, és időskorban megint csak nagyon sokat, mert traumás és egyéb bajokon kívül nem nagyon jellemző, hogy nagyobb költségek lennének.

Ez a populáció van abban az állapotban, hogy még költséghatékonyan megelőzhető betegségállapot van, és viszonylag kis ráfordítással nagy egészségnyereség érhető el. Be fogjuk vezetni az ötévenkénti egészségfelmérést. Erre az informatika egyébként rendelkezésre áll. Valljuk meg, az nem állapot, hogy én itt vagyok 43 évesen, egy kétlábos járó rizikófaktor-gyűjtemény vagyok a stresszes életmód és a struktúrmorfológiai paraméterem alapján, és tíz éve engem nem hívott fel a házi orvos, hogy Takács doktor, a ketyegő megye-e, mikor volt utoljára orvosnál, egy EKG-t le kellene húzni.

Na most ebben szeretnénk mi változást elérni, és ebbe aktívan bekapcsolni a szakdolgozókat, akik az alapellátásban vannak, hiszen ahhoz, hogy egy kockázatbecslést valaki felvegyen, nem kell orvosnak lenni. Ezeket meg fogják kapni az alapellátó szolgáltatók kardiovaszkuláris és onkológiai betegségek tekintetében is, hogy a kockázatfelmérést a prevenciók rendelés keretében, amit a praxisközösségekről szóló kormányrendelettel bevezettünk, egy erre a célra kiképzett szakdolgozó nyugodtan fel tudja venni. Úgyhogy ebbe az irányba vinném tovább a szűrési rendszert, tehát nemcsak a szakma által szűrésnek tartott vizsgálatokat és egyébként általam a prezentációban bemutatott szűréseket fejlesztenénk, hanem ezt az általános egészségfelmérést, és kinyitnám a foglalkozásorvosok irányába is.

Komáromi képviselő úrnak az informatikával kapcsolatos felvetésére már részben reagáltam, hogy a házi orvosnál villogjon pirosan, ha a daganatos beteggel teendő van, végezze el a kockázatfelmérést. A rákregiszter, az infarktusregiszter és a többi szakmai regiszterek egyébként nagy megbízhatósággal működnek, ezeket kutatják, az illetékes szakmai kollégiumok, országos intézetek hozzáférnek, rendszeresen publikálnak, úgyhogy ők bármikor tudnak idősoros, visszafelé mutató adatszolgáltatást a nagy népbetegségekből előállítani. Egyébként ezzel segítik is a munkánkat.

A másik kérdés az volt, hogy lesz-e elég CT. Ez mindig egy vita, hogy hány CT kell egy országban. Ha megnézzük, hogy az 1 millió lakosra jutó CT-vel és MR-rel hogy állunk, közelebb vagyunk az OECD-átlaghoz, mint 2010-ben voltunk, de még nem érjük el. Ausztriával szoktam időnként összehasonlítani magunkat. Darabszámra kevesebb van, viszont az elvégzett vizsgálatok számában meg verjük az osztrákokat. Talán ez az, amit inkább még meg kéne erősíteni, hogy egy nap több időt tudjanak üzemben lenni ezek a NEAK által finanszírozott gépek.

Tehát azt látom, és itt a digitalizáció megint csak nagyon fontos, és visszakanyarodnék oda, hogy az EESZT-ben, ha most jönnek végre az RRF-források, 107 milliárd forint van egészségügyi, informatikai fejlesztésre. Abból az egyik legnagyobb blokk a teljesen EESZT-kompatibilis PACS-rendszer, amiben a képalkotó vizsgálatok képeit tudjuk továbbítani. Ha van egy szakrendelői CT, amellé nem kell radiológust állítani, hanem a röntgenasszisztens elvégzi a felvételt, és adott esetben egy nagy központi kórház radiológusa akár túlmunkában vagy többletfinanszírozásért cserébe ezeket leletezni tudja, aztán majd a szolgáltatók egymás között elszámolnak.

A védőnők bevonása a méhnyakrákszűrésbe. Mutattam, hogy most már jobbak vagyunk, mint az EU-átlag. A védőnőkre érdemes építeni. Hogy mennyiben fogja segíteni - és kicsit az EFI-ket is idekanyarítom -, hogy most már nem települési önkormányzat szintjén tervezünk az ő erőforrásaikkal, az két ok miatt van. Akár egy járáson belül is azt látjuk, hogy a települési önkormányzat adóereje meghatározza, hogy van-e védőnő, vagy nincs. Adott esetben nagyon kicsi populációt lát el egy-egy védőnő csak azért, mert a települési önkormányzat adóereje ezt megengedi, de már járáson belül is azt látjuk, hogy két másik helyen meg nem. Mivel itt egymással vetélytárs helyzetben lévő önkormányzatok vannak az asztalnál, ezért gondoltuk úgy, hogy ezeket jobb egy szinttel feljebb emelni, és mondjuk járási szinten akár a városi kórházak hatókörében elosztani ezeket az erőforrásokat. Egyébként a napi munkavégzésben is egy striktebb előírás lenne a védőnőknek, de látszik, hogy lehet rájuk építeni, mert a méhnyakrákszűrést például kiválóan elvégzik.

Az egészségkommunikációt erősíteni kell, kétségtelen. Ami forrás erre a népegészségügyi stratégiánk szerint rendelkezésre áll, csak egy része - a WHO mondja egyébként, tehát van egy nemzetközi rálátásuk -, nem annyira ezek az általános, nagy, televíziós, országos és egyéb kampányok, amelyek hatékonyak, hanem a lakosság közelében elvégzett ilyen direktmarketingszerű kampányok, és ebben az egészségfejlesztési irodáknak és azoknak a népegészségügyi végzettségű szakembereknek, akiket szintén Komáromi doktor említett, külön szerepet szánunk. Napi gyakorlat, az oltásoknál láttuk, hogy a háziorvost kérdezte meg az ember, mondhattunk mi bármit a tévében Bement a háziorvosához, és megkérdezte, hogy felvegye-e az oltást, vagy ne, illetve melyikkel oltakozzon. Ilyen lakosságközelű direktmarketing az, amiben nagyon építenénk az alapellátásra.

Miért öt orvos van a praxisközösségben? Meg fogom kérdezni a svájci modellben dolgozó kollégákat, hogy hogy jött ki a szám. Erre most nem tudok válaszolni, de a képviselő úrnak később meg fogom mondani.

Varga képviselő úrnak külön köszönöm, hogy előhozta a roma populáció egészségügyi adatait. Ez nekem azért a szívemhez közel álló példa, mert itt elhangzott, hogy vannak-e hiteles adatok, és mekkora számban a romákra vonatkozóan. Én még 2018 elején, vagy 2017 végén, egészségpolitikai fősztályvezető koromban kaptam meg azt a feladatot, hogy na, most akkor rendszerszintű adatokat állítsunk elő a roma populációra vonatkozóan. Ilyen nincs. Nincs az ellátórendszerben, mert mi a származást - az Egyesült Államokkal szemben - nem tüntetjük fel az egészségügyi dokumentációban.

Viszont - elnézést, a metodika miatt muszáj elmondanom, hogy ezt hogy csináljuk - mégis aztán nekem sikerült illet az ellátórendszerből és a rendelkezésre álló adatbázisokból fakasztani. A módszertan az volt, hogy fogtuk a 2011-es népszámlálási adatokat és a Debreceni Egyetem egyik kutatását, amelyben megalkották a roma kötődésű populáció kifejezést - tehát aki nem vallotta magát romának, de egyenesági rokona között volt, aki igen, nagyjából 700 ezres populáció volt -, és megnéztük, hogy melyek azok a települések, ahol 30 százaléknál nagyobb arányban fordulnak elő romák. Ez egy 240 ezres populáció volt. Ennek a módszertannak nyilván az a hibája, hogy egy nagyvárosnak azokat a városrészeit külön nem tudjuk elemezni, ahol roma származású emberek, honfitársaink laknak, de arra tökéletesen alkalmas, hogy van 240 ezer

emberünk, ebből 120 ezer roma, és a másik 120 ezer sem akadémikus, aki a Pasaréten lakik, tehát valószínűleg hasonlóan hátrányos helyzetű településen lakik, és az ő egészségfogyasztási és egészséghez való hozzáférési szokásaikat néztük. Ott nagyon jól megállapítható volt, hogy az átlagpopuláció átlagosan hétszer fordul háziorvoshoz egy évben, ők 11,9-szer, tehát az alapellátás az, amit ők igénybe vesznek. A szakellátásban 25 százalékkal kisebb a megjelenésük, a fekvőbetegellátásban 30 százalékkal, a gyógyszerkasszából meg 40 százalékkal kevesebbet kapnak, mint az átlagpopuláció, annyit vesznek ki.

Tehát amikor a beavatkozási pontokat kerestük, hogy a romák egészségügyi állapotán hogyan tudnánk javítani, azért mutogattam én így rá az alapellátásra. Akkor még Ónodi-Szűcs Zoltán államtitkár úrral volt egy vitám, mert ő azt mondta, hogy szerinte a TVK jól van elosztva, mert azok a kórházak kapnak sok pénzt, ahol a hátrányosabb helyzetűek laknak. Mondtam én, rendben van, csak sajnos nem a szakellátásba mennek a romák, és nem ott veszik igénybe a szolgáltatást, hanem az alapellátásban, ezért az alapellátást kell megerősíteni. Amikor a praxisközösséget behoztuk, meg az RRF-ben 68 milliárddal célozzuk az alapellátás fejlesztését, ott többek között ez vezérelt, hogy ezek a számok egyértelműen kijöttek.

A másik az, hogy ebben viszont kell a cigányság támogatása. Sztojka kollégámmal és a Máltai Szeretetszolgálattal sokat dolgozunk ezen. Annak idején a roma egészségöröknek a svájci projektbe integrálása egy jó tapasztalat volt, és talán az is egyfajta előrelépési lehetőség, ha egészségügyi szakdolgozói irányba terelünk onnan fiatalokat, mert ők tudják igazán hitelesen a saját közösségükben elmondani. Ha én odamennék, kísérletezhetnék felvilágosítással, de nem lennék olyan effektív, mint egy olyan lány, aki onnan került ki a telepről, mondjuk adott esetben egy egészségügyi szakközépet elvégzett, és utána rá sokkal jobban fognak hallgatni. Úgyhogy külön megköszönöm, hogy ez a téma előjött.

A gyógyszerstratégiát most írjuk. Lesz egy stratégiai gyógyszerkészlet, amit direkt úgy válogatunk össze, hogy a legnagyobb népbetegségek gyógyszerei szerepeljenek rajta, és ezek aztán lehetőleg hozzáférhetőek legyenek közgyógyellátásban is. Majd a részleteket fogom hozni később, de most ezen dolgozunk, hogy a közgyógyra olyan gyógyszerek kerüljenek, amelyek biztosan elérhetőek. Azt is lehetett látni, hogy a Covid után és a háború miatt a klasszikus szállítási láncok megbomlottak. Tehát minél közelebb van a gyártás az Európai Unióhoz, vagy adott esetben országhatáron belül van, annál inkább számíthatunk biztosan arra, hogy a készlet elérhető. A népbetegségek területén erre külön fókuszálnunk kell. Egyébként uniós kezdeményezés. Ha az Oslo Initiative-t megnézzük, egyébként most a cseh kollégák hozták be az Európai Unióba - az Egészségügyi Miniszterek Tanácsán voltam -, a csehknél ez a gyógyszerhiány még nálunk is nagyobb problémát jelent, ők ezzel a kérdéssel külön foglalkoztak. A Bizottság azt az ígéretet tette a gyártókapacitások megerősítésére, hogy Unión belül tudjunk gyártani, külön forrásokat fognak majd allokálni. Ebben mi is bízunk.

Horváth képviselő úrral egyetértek, többgenerációs hátrányt kell ledolgoznunk, de részben mondtam ezt az egészségügyi szakdolgozói irányba való terelést.

Professzor asszonynak nagyon köszönöm a hozzászólást. A szakértelmére a továbbiakban is számíthatunk, és csak ilyen holisztikus szemlélettel lehet eredményt elérni.

Mészáros képviselő úr nagyon fontos kérdést vetett fel, hogy a háziorvosképzésben kapjon nagyobb szerepet a kockázatértékelés. Mindegyik egyetemi vezetővel leültem már, egyetértünk abban, hogy a háziorvosképzést modernizálni kell, a terep irányába kell terelni, és azt a kapuóri funkciót, amit mindig szántunk neki, valóban be kell vezetni. Ebben az egyetemek irányából egyébként nyitottság van. Azt kértem, hogy ez a továbbképzési rendszerben is jelenjen meg, mert ahhoz, hogy ezt a

kockázatbecslést a házi orvos vagy a szakdolgozó hatékonyan el tudja végezni, ez elengedhetetlenül fontos.

A másik, ami egyébként a mi programunknak a része is, hogy bizonyos diagnosztikai vizsgálatok az alapellátásban könnyebben elérhetőek legyenek. Tehát nemcsak az kell, hogy a szakellátásban növeljük, hanem olyan részkompetencia-vizsgák kialakításán dolgozik most a szakmai kollégium, hogy mondjuk egy ultrahang-diagnosztikában mi az, amit egy házi orvos egy kisebb tudásszintű ultrahanggal el tud végezni, és mondjuk ki tudjon zárni bizonyos betegségeket, tehát a részkompetenciavizsgákkal az alapellátás szintjéig vinnénk a kompetenciát.

A másik pedig az, hogy orvosi szintről a szakdolgozói szintre vinni, erről is már volt sok szó. A szonográfus például pont egy nagyon jó terület. A radiológiai tagozattal teljes egyetértés van abban, hogy mehetünk ebbe az irányba, a szakdolgozóknak egy kiterjesztett kompetenciája lenne. Egyébként EFOP-programban megcsinálták. Én most felkértem Betlehem József rektorhelyettes urat a Pécsi Tudományegyetemről, hogy segítsen be nekünk a '18-as anyagok aktualizálásában. Szeretném minél előbb a szakdolgozói kompetencialistát nyilvánosságra hozni. Az egyéb finanszírozási javaslatokat a képviselő úrral majd megbeszéljük.

A bőrgyógyászatokról csak annyit jegyeznek meg, hogy amikor én végeztem az egyetemen, meg azután az ismerőseim, hogy a budapesti régióban egy darab bőrgyógyászati rezidenshely volt kiírva a szakmai kollégium javaslatára, én ebben annak idején éreztem egy kis konkurenciaszűkítő szándékot. Azóta egyébként már az OKFÓ-vel szorosabb együttműködésben az egyetemek - hogy is mondjam - az élethez közelebbi számokat publikálnak szakorvosképzésben. De évekig ment úgy, hogy egy hely volt Budapesten kiírva. Ez most már szerencsére nem így van.

A járóbeteg-hozzáférést hogyan javítjuk? Volt erről szó a törvény parlamenti vitájában is. A járóbeteg-irányítási rendszer, amit hamarosan be fogunk vezetni, egy kétéves EFOP-fejlesztés eredménye. Vagy a házi orvoson keresztül, mint az oltási időpont-foglalóval, vagy a hamarosan induló Egészségablak nevű applikáción keresztül mindenki tudja majd az időpontját intézni. Ezt alaposan le tudtuk tesztelni az oltási időpont-foglalóval. Az informatikai háttér ezzel kapcsolatban rendben van. Most én azt a tájékoztatást kaptam, hogy április végéig az első harminc ellátóhelyen ennek a lehetőségét megnyitjuk. Év végéig szeretnénk még legalább ennyit, úgy tudom, év végére talán 78 lesz bekapcsolva, tehát fokozatosan megyünk előre. Ehhez a források rendelkezésre állnak. A XXI. századi technológiát, hogy mindenkinek van egy ilyen kis számítógép a zsebében, ki kell használnunk, illetve akinek nincs, annak a házi orvos vagy az asszisztens tud online foglalni, és nem kell folyamatosan telefonálgatni. Ehhez persze kell egy módszertani és humánfejlesztés a kórházak és a szakrendelők oldaláról is, tehát a minimumfeltételhez hozzá fogunk nyúlni, hogy a fogadóoldal is rendben legyen.

Hogy ne húzzam sokkal tovább az időt, annyit még hadd mondjak elnök úr felvetéseire, hogy a születéskor várható élettartam az egész világon csökkent, főleg az Európai Unióban, és nem nagyobb mértékben, mint Magyarországon, ennek meg egy Covid világjárvány volt az oka. Ez egy statisztika. Mindenhol csökkent, nálunk is, és nem csökkent nagyobb mértékben, mint bármelyik európai uniós országban csökkent volna. A többlethalalozásban pedig már azóta, a Covid óta is végig az első harmadban vagyunk, tehát nálunk nőtt a legkisebb mértékben a többlethalalozás a kelet-európai országok között, így az Európai Unió első harmadában vagyunk. Amikor erről beszélünk, akkor tegyük egy nemzetközi kitekintést. Nem akarom én megkérdőjelezni azt, hogy csökkent a várható élettartam. Csökkent. Mindenhol csökkent. Nálunk is csökkent, és nem nagyobb mértékben, mint máshol.

Már csak egy dolog maradt, az egészséges európai adatszolgáltatás. Erre most van egy uniós törekvés, ez az európai adattér. Ez még nagyon gyerekcipőben jár. Szerintem még a mi elnökségünk idején is fogunk vele foglalkozni, és még akkor sem lesz kész. Itt

nagyon eltérőek a tagállami hozzáállások. Mi ebben azért próbálunk úttörők lenni. Ha megnézzük, akkor az európai Covid-igazolványt egy az egyben az EESZT-fejlesztésből vette át az Európai Unió és vált referenciává. Úgyhogy az EESZT-nek hála, mi itt élharcosok vagyunk, aztán reméljük, hogy a többiek is felzárkóznak. Köszönöm a meghallgatás lehetőségét.

ELNÖK: Köszönöm szépen Takács államtitkár úrnak. Köszönöm szépen azt is, hogy jelezte, hogy amennyiben a bizottság kéri, akkor szívesen a rendelkezésünkre áll. Nem akarom szpojlerezni a dolgot, de nagy valószínűség szerint az alapellátás ügyében rövidesen fogunk tudni még találkozni, és ott tudjuk folytatni ezt a beszélgetést. Köszönöm minden meghívott vendégünknek a közreműködést. Köszönöm államtitkár úrnak és a stábnak is. A napirendi pont tárgyalását ezennel lezárom.

Kérdezem a tisztelt bizottságot, mert most már idestova két órája ülésezünk, hogy tartsunk-e szünetet, vagy menjünk végig. *(Jelzésre:)* Menjünk végig!

Baja Megyei Jogú Város Önkormányzatának a települési önkormányzatok szociális célú tüzelőanyag-vásárlásához kapcsolódó támogatásának biztosítására vonatkozó pályázati lehetőség - 5000 főnél magasabb lakosságú önkormányzatok részére történő - kiterjesztésére irányuló beadványának megvitatása (Baja Megyei Jogú Város Önkormányzata Képviselő-testületének 13/2023. (I.26.) határozata)

Akkor folytassuk a 2. napirendi ponttal! Nagy tisztelettel köszöntöm a napirendi ponthoz érkezett vendégeinket, dr. Dukai Miklós államtitkár urat a Belügyminisztériumból és Hajdú Miklóst, Baja város alpolgármesterét. A 2. napirendi pontunk nyilvánvaló módon Bajához köthető, Baja Megyei Jogú Város Önkormányzatának a települési önkormányzatok szociális célú tüzelőanyag-vásárlásához kapcsolódó támogatásának biztosítására vonatkozó pályázati lehetőség - ötezer főnél magasabb lakosságú önkormányzatok részére történő - kiterjesztésére irányuló beadványának megvitatása.

Nyilvánvaló módon a tisztelt bizottság tagjai megkapták az ezzel kapcsolatos dokumentumokat, én mégis tájékoztatom a bizottságot, hogy Baja Város Önkormányzata az Alaptörvény vonatkozó rendelkezése alapján fordult az Országgyűléshez a szociális tűzifaprogram kiterjesztésével kapcsolatban. A házelnök úr teljesen természetesen arra kérte fel a Népjóléti Bizottságot, hogy vitassuk meg, és érdemben foglaljunk állást az önkormányzati kezdeményezésről, a felterjesztésről. Éppen ezért a tárgyalásunkat majd szavazással fogjuk a vita végén lezárni, melyben arról fogunk dönteni, hogy támogatja-e a tisztelt bizottság Baja Város Önkormányzatának a felterjesztését.

Amint ez a köszöntésből, illetve az alpolgármester úr jelenlétéből is látható, meghívtuk Baja város vezetését a bizottsági ülésünkre, és Hajdú Miklós alpolgármester úr személyesen itt van most a bizottság ülésén. Alpolgármester úrnak viszont a bizottságban nincsen tanácskozási joga, hiszen nem minősül önkormányzati képviselőként előterjesztőnek. Ebből következően csak akkor tudjuk megadni számára ezt a lehetőséget, amennyiben a bizottság támogatja azt, hogy alpolgármester úr lehetőséget kapjon minderre. Ezért javaslom tehát, hogy alpolgármester úrnak legyen lehetősége szóbeli kiegészítés megtételére, valamint egy ízben reagálhasson majd a bizottsági vitában elhangzottakra.

Kérdezem a tisztelt bizottságot, hogy ki az, aki támogatja, hogy alpolgármester úr részt vehessen ebben a formában a bizottság munkájában. *(Szavazás.)* Ha minden igaz, akkor egyhangú, de azért tegyünk egy ellenpróbát. Ki az, aki nem támogatta? *(Szavazás.)* Ki tartózkodik? *(Szavazás.)* Három tartózkodás.

Megállapítom, hogy a bizottság megadja a lehetőséget majd alpolgármester úrnak a hozzászólásra.

Így elsőként Hajdú Miklós alpolgármester úrnak adom meg a szót. Öné a szó, alpolgármester úr!

Hajdú Miklós hozzászólása

HAJDÚ MIKLÓS alpolgármester (Baja Megyei Jogú Város Önkormányzata):
Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Köszönöm a lehetőséget. Abból indulok ki, hogy valamennyien ismerik a felterjesztésünk szövegét is. Ennek rövid kivonatát szeretném elmondani. Álláspontunk szerint nincs különbség rászoruló és rászoruló között a településnagyságok tekintetében. Ugyan nagyon helyesen évek óta megtapasztalhatja az ország mintegy 2800 kistelepülése, hogy a kormányzat pályázatot ír ki számukra kifejezetten a szociális rászorulókat tűzifajuttatása érdekében, tűzifához való hozzáférése érdekében, ugyanakkor ugyanez a lehetőség az ennél nagyobb települések számára kizárt, miközben, belátva azt, hogy nyilvánvalóan forráskülönbségek vannak a kisebb és a nagyobb települések között, a lehetőségekben nem ugyanazok az adottságok nyílnak meg a településnagyságtól függően.

Ezzel együtt, és különösen az elmúlt időszakban azzal, hogy csökkenő forrásokkal tudunk csak számolni most itt nem részletezett módon, valamennyiünk előtt ismert okokból bekövetkezett csökkenő forrásokkal számolhatunk, jelentős segítséget nyújthatna a kormányzat azzal, ha - és itt most rögtön szeretném hangsúlyozni - akár lépcsőzetesen lehetőséget biztosítana az ötezer főnél nagyobb települések számára is, mondjuk az ötezerből a 25 ezerbe, a 25 ezerből az 50 ezerbe és így tovább. Ez egy fokozatos hozzáférést biztosítana.

Dukai államtitkár úr a nekünk küldött válaszában már jelezte, hogy volt korábban is hasonló kezdeményezés. A kormányzat megvizsgálta ennek a költségvetési hatásait, illetőleg azokat a nehézségeket, amelyek most éppen az erdőgazdaságok előtt állnak, mert különösen nehéz számukra is az egyébként rendelkezésre álló pályázati igények kielégítése. Ezzel együtt is úgy véljük, hogy ezzel a fokozatossággal akár azt az elvet tiszteletben lehetne tartani, amivel kezdtem, hogy nincs különbség rászoruló és rászoruló között, települések között. Baja Megyei Jogú Város Önkormányzata az elmúlt három évben a szociális célokra fordított kiadásait mintegy másfélszeresére növelte. Ez ebben a költségvetési évben további másfélszeres növekedést jelent, és fokozatosan minden eszközünkkel igyekeztünk eleget tenni a szociális juttatások értékállóságának és lehetőség szerinti bővítésének a biztosítására.

Szeretném hangsúlyozni, hogy ennek keretében kiegészítő lakhatási támogatás nyújtásáról is döntött az önkormányzat, amely a háztartások lélekszámától függően, illetőleg gyermeküket egyedül nevelőkről van szó, havi 6-8 ezer forintos kiegészítő támogatási lehetőséget biztosít a szociálisan rászoruló személyek számára, amely egyébként Baja városában az egy főre jutó, ebben az esetben 120 ezer forintos jövedelemhatárt jelenti. Egyébként a szociális rászorultságot tekintve jelen pillanatban Baja városában az egyéb ellátási formákban jellemzően a százezer forint egy főre jutó jövedelemhatár érvényes.

Annál is inkább szeretném kérni a bizottság támogatását, mert nem példa nélküli a kormányzat ilyenfajta közbeavatkozása. 2018-ban a Magyar Nemzeti Vagyonkezelő Zrt.-től ingyenes tulajdonba adás keretében kaptunk kétszer száz köbméter, összesen kétszáz köbméternyi fát, amelyet 2018 januárjától 190 háztartásnak tudtunk kiosztani, tehát ezek a számok azt jelzik, hogy 200 köbmétert 190 háztartásnak, és valószínűleg valamennyien tudják, hogy egy köbméter fa mire elég. Nyilvánvalóan ez krízisfa elsősorban, mert hiszen nem is dolgozunk, és nem is feladatunk minden tüzelőanyag-igény kielégítése, de azért arra mindenképpen tekintettel kell lennünk, mint ahogy a kormány is tekintettel volt 2019-ben, hogy a rezsicsökkentésben nem mindenki részesül. Például ha azokban a háztartásokban, ahol csak fával tudnak

fűteni, esetleg villannyal, a villanyt is be kell kapcsolni, és netán emiatt átlépik azt a bizonyos minimum fogyasztási határt vagy maximumot, amely alapján még a rezsicsökkentett ár jár, akkor igen komoly, nehéz helyzetbe kerülhetnek. Tehát már kétszer is kaptunk ilyen támogatást. 2019-ben - hogy adatot is mondjak hozzá - 5 millió 400 ezer forintból 452 háztartás juthatott 12 ezer forintos támogatáshoz, ami akkor talán még segítség volt az akkori tüzelőfaárak tekintetében, de ma már ennek a többszöröséről beszélhetünk.

Mindezen indokok alapján szeretnénk kérni a bizottság támogató véleményét. Én még egyszer szeretném hangsúlyozni, hogy akár a fokozatosság elvét is elképzelhetőnek tartjuk, másrészt pedig annak az elvnek a tiszteletben tartását és lehetőség szerinti figyelembe vételét kérjük, hogy bár a települések között lélekszám tekintetében jelentős különbségek vannak, de minden településen vannak az említett juttatásra rászoruló egyének, háztartások. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm, alpolgármester úr. Megadom a szót dr. Dukai Miklós államtitkár úrnak. Öné a szó, államtitkár úr.

Dr. Dukai Miklós hozzászólása

DR. DUKAI MIKLÓS államtitkár (Belügyminisztérium): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Először is nagyon szépen köszönöm, hogy itt lehetek önökkel, és elmondhatom az álláspontunkat, a kormányzati álláspontot. Onnan kezdeném, részben reagálva alpolgármester úr felvetésére, hogy ezt a szociális célú tüzelőanyag-programot - és hangsúlyozom, tüzelőanyag-támogatásról van szó, nem kizárólagosan tűzifáról beszélünk, hanem barnakőszénről is beszélünk -, ezt a programot 2011-ben indította a kormány azzal a nem titkolt szándékkal, részben úgy, ahogy a alpolgármester úr is megfogalmazta, hogy a leginkább krízishelyzetben lévő társadalmi csoportoknak és családoknak, háztartásoknak nyújtsunk segítséget az önkormányzatok útján ahhoz, hogy leginkább a legnehezebb időszakokban, a téli időszakokban tudjanak a kormány által adott pénzügyi támogatás útján tüzelőanyagot biztosítani ezeknek a rászoruló háztartásoknak.

Ez azt jelenti egyébként, hogy 2011 óta fokozatosan emelkedett a mindenkorai költségvetési törvényben rögzített és ott megállapított támogatás összege, tehát 2011-ben indultunk nagyságrendileg 900 millió forintról, most tartunk 5 milliárd forintnál, tehát az idei évben is 5 milliárd forint keretösszeg áll rendelkezésre, és ezzel tudunk minden évben nagyságrendileg 200 ezer háztartásnak, rászorulóknak az önkormányzatok útján segítséget nyújtani. Hangsúlyozom még egyszer, ez a leginkább krízishelyzetben lévőknak a legnehezebb időszakok átvészelésére célzott program.

A kormány kezdetektől fogva az ötezer főnél húzta meg a határt. Az elmúlt években szerintem a parlament előtt is volt már ez a kérdés, vagy parlamenti bizottsági szinten is volt többek között ez a kérdés, és nemcsak Baja által, de más polgármesterek által is felvetődik ez a kérdés mindig, hogy ötezer főnél húzzuk meg a határt. A kormány világosan és következetesen ragaszkodik ehhez az ötezer fős lakosságszámhoz, mert az a kormányzat álláspontja, hogy az ötezer fő az a határ, bár nem elvitatva azt, hogy az ötezer fő fölötti településeken is élhetnek olyanok, és élnek is olyanok, akik rászorulnak, ugyanakkor ez az a lélekszámhatár, amely alatt az önkormányzatok leginkább rászorulnak arra, hogy ilyen típusú kormányzati támogatásban is részesüljenek. Az ötezer fő fölötti települések esetében - úgy, ahogy egyébként alpolgármester úr is elmondta - leginkább meg tudják tenni az önkormányzatok, hogy különböző szociális juttatási formákban részesítik az ott lakókat. Tehát többször felmerült ez a kérdés. Valóban így van, ahogy a levélben is írtuk, hogy a kormány minden egyes kiírás előtt gondolkodik azon, hogy kell-e a kiírás ezen feltételét megváltoztatni. Az a döntés és az a kormányzati álláspont, hogy ezen a kiíráson, illetve ezen a határon nem kíván a kormány jelen ismeretek szerint változtatni.

Minden évben azt is áttekintjük, hogy milyen áron, milyen fajlagos költség mellett lehet beszerezni ezeket a tüzelőanyag-fajtákat. Ezt minden évben egyeztetjük az agrártárcával, már csak azért is, mert a pályázati kiírás mindig rögzíti, hogy egyébként a hivatalosan bejegyzett, a kormányhivatalok által bejegyzett erdőgazdálkodótól lehet vásárolni a tűzifát, és meghatározzuk a szén paramétereit is. A legtöbb tűzifa-kiszolgáltatást maguk az állami erdőgazdaságok végzik, így velük egyeztetjük az árat, és ezt rögzítjük minden esetben a pályázati kiírásban. Röviden talán ennyit így elöljáróban. Köszönöm szépen a lehetőséget.

ELNÖK: Köszönöm, államtitkár úr. A vitát megnyitom. Kérdezem, ki kíván hozzászólni. *(Jelzésre:)* Nacsá Lőrinc alelnök úr. Öné a szó.

Kérdések, hozzászólások

NACSA LŐRINC (KDNP), a bizottság alelnöke: Köszönöm, elnök úr. Tisztelt Államtitkár Úr! Alpolgármester Úr! Egyrészt köszönjük a javaslatot. Szerintem fontos elismerni, amit ön is mondott, hogy Baja városában a szociális rászorultsági küszöböt emelték az elmúlt években. Ha valaki valami támogatható döntést hoz, ha jól emlékszem, a mi politikai közösségünk képviselői is támogatták minden esetben a szociális rászorultság növelését. Ugyanakkor arról is tudunk, hogy az előző városvezetés alatt működő nyugdíjasok támogatása, az évi tízezer forintos támogatás megszűnt az önkormányzat idején. Érdekes a serpenyő két oldalába különböző dolgokat helyezni, hogy ki hogyan támogatja a rászoruló vagy legkiszolgáltatottabb rétegeket a saját önkormányzatában, a saját településén. Ez egy fontos kérdés.

Ahogy államtitkár úr elmondta, ez egy olyan program, a szociális tüzelőanyag-program, amely egy nagyon széles és szegény, rászoruló réteget tud segíteni, a legkisebb településeken élő embereknek tud segítséget nyújtani. Nyilvánvalóan az önkormányzatoknak egy 200-300 fős településen semmilyen lehetősége nincs segíteni. Baja városnak 8 milliárd forint az éves költségvetése. Nyilvánvalóan ehhez képest egy kistelepülésen a töredéke ennek az összegnek az az összeg, amiből gazdálkodhatnak.

Nagyon fontos, hogy az elmúlt években az a gazdaságpolitika, az a szociálpolitika, amit a Fidesz-KDNP-ben folytattunk, elvezetett bennünket odáig, hogy a súlyos anyagi és szociális nélkülözésben élők aránya 50 százalékkal lecsökkent. Tehát hál' istennek, van egy olyan tendencia, és ha egy ember is van ebben a kategóriában, akkor azt mondom, hogy van még teendők, és van még dolgunk, szerintem ezzel nem lesz vitánk, de jelentősen lecsökkent azoknak az embereknek a száma, akik súlyos anyagi és szociális nélkülözésben élnek. Több mint másfél millió fővel csökkent azoknak a száma, akiknek nehézséget okozott egy váratlan, nagyobb összegű kiadás, egy háztartási nagy gép elromlása, egy megérkező nagyobb összegű számla, vagy bármi olyan váratlan kiadás, amivel előre nem tudtak kalkulálni. Másfél millióval kevesebben vannak abban a kategóriában, akiknek nehézséget okoz, hogy egy váratlan, nagy kiadást ki tudjanak fizetni. Szerintem ez egy jó irány, és érdemes ezt tartani.

Azt is látjuk, hogy alapvetően a fával fűtő vagy akár a barnakőszénrel fűtő háztartások aránya az ötezer fő alatti kistelepülésekre esik legnagyobb részben. Tehát nem véletlenül, nem random, vagy nem ex has lett meghúzva ez a határ annak idején, amikor bevezettük ezt a programot 2011-ben, ahogy ez már elhangzott, hanem ezen háztartások túlnyomó része ilyen jellegű településeken található. Még egyszer mondom, ezeknek a településeknek nincs is módja arra, hogy az ott élő embereket a saját költségvetésükből segítsék. Szerintem ez nagyon fontos és nagyon jó ötlet lehet.

Ezt egy kicsit olyan vitának érzem, mint egy költségvetési vita. Az országgyűlési képviselőtársaim ismerik ezt a vitát, biztosan a városi költségvetés is ilyen, hogy mindenki mindig több pénzt szeretne bármilyen ötletre, a saját ötletére, a saját megvalósítandó projektjére, valakiknek a támogatására juttatni, viszont van egy takaró, addig lehet nyújtózni, ameddig ér ez a takaró. Azt gondolom, helyes, hogy

az energiaválság kellős közepén is, egy nehéz gazdasági helyzetben is fenntartottuk a szociális tűzifa programot, hogy a rezsicsökkentést az átlagfogyasztásig fenn tudtuk tartani.

Az ön által elmondottakat szeretném kiegészíteni. Például az áramról beszélt. A villamos energia tekintetében a háztartások 80 százaléka beleesik az átlagfogyasztás alatti szintbe, tehát nem véletlenül az átlagfogyasztásról beszélünk. Nyilvánvalóan ez havonta 181 ezer forint jelent azoknak a háztartásoknak, akik tudnak élni azzal a lehetőséggel, hogy az átlagfogyasztás szintjéig fenntartottuk a rezsicsökkentést. Ilyen szempontból a mostani szabályozást mi indokoltnak látjuk.

Amikor lesz költségvetési mozgástér, és mondjuk az ország teljesítőképességéből nem 4 ezer milliárd forintot vonnak el a megemelkedő energiaárak - állam, önkormányzatok, vállalkozások, családok, együttesen mondom a megemelkedett energiaköltséget, ez 4 ezer milliárd forint -, akkor természetesen szerintem lesz majd helye annak, akár itt a bizottságban is, hogy államtitkár úrral átbeszéljük, hogy hogyan érdemes bővíteni a programot. Szerintünk most ez a program a legrászorultabbakat érinti, és éppen ezért szeretnénk megőrizni azt, hogy mondjuk a program költségvetése ne a nagyvárosok felé vagy a nagyobb városok felé irányuljon, hanem maradjon meg a legkisebb településen élők támogatására. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. *(Jelzésre:)* Komáromi Zoltán alelnök úr, öné a szó.

DR. KOMÁROMI ZOLTÁN (DK), a bizottság alelnöke: Köszönöm szépen a szót. Én államtitkár úrhoz fordulnék egy kéréssel. Biztos létezik olyan háttéranyag, amely a háromezer, ötezer, hétezer-ötszáz, tízezer lakosú települések ilyen típusú számain, adatait tartalmazza, amely alapján egyrészt az önkormányzat adóereje, illetőleg a mozgástere, pénzügyi lehetősége, másrészt az ott lakók szociális rászorultsága kimutatható. Én szeretnék egy ilyen háttéranyagba beletekinteni, mert egyszerűen - hogy mondjam - számomra nem egyértelmű, és nem világos, hogy pont ötezernél, és évek óta változatlanul ötezernél van ez a határ. Biztos, hogy megfontoltan döntöttek, de én szeretném látni ezeknek a háttérszámításait. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm. Kérdezem, a kormánypárt részéről van-e további hozzászólás. *(Nincs jelentkező.)* Ha nincs, akkor Varga Ferenc képviselő úrnak adom meg először a szót.

VARGA FERENC (független): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Bizottság! Alapvetően két oldalról közelíteném meg ezt a doglot. Az egyik része legyen az önkormányzatok, hogy hogyan viselkedett a kormány az elmúlt években az önkormányzatokkal. Elvették a gépjárműadó-bevételüket, megfelezték az iparüzési adójukat, nem adtak minden településnek száz százalékos támogatást a Covid okozta kiadások fedezésére sem, mindemellett nem kaptak semmiféle rezsivédelmet, így rengeteg önkormányzat nagyon nehéz anyagi helyzetbe került. A másik oldala, hogy nincs ez másként egyébként a településen élőkkel sem, hiszen az itt élő embereknek Európa-rekorder inflációval kell szembenézni és iszonyat magas rezsiárakkal.

Ebből kifolyólag én egyébként teljesen megértem ezt a beadott javaslatot, amit Baja városától kaptunk A BM adatai szerint 2374 település, mintegy 180-190 ezer család kapott a szociális tűzifa programból, és ez egy jó dolog, én azt mondom. A probléma azzal van - és még azt is megértem, amit mondanak, hogy na de egy megyei jogú városnak lenni kell akkora erejének, hogy növeli mondjuk a szociális kiadásait -, hogy egy dolgot nem látok önöknél, a méltányosságot, amikor meghúzzák azt, hogy ötezer fő alatt van, 5001 főnél meg már nincs. Legalább beleraknák azt a rendszerbe, hogy valamilyen úton-módon adjanak lehetőséget arra, hogy azoknak a nehéz anyagi

helyzetben lévő önkormányzatoknak, amelyek erre szeretnének pályázni, és alá is tudják támasztani, hogy ők tényleg nehéz anyagi helyzetben vannak, adjanak erre egy lehetőséget.

A másik probléma pedig ott van, hogy önök megint áttolják a felelősséget az önkormányzatokra, és minden egyes ülésen ezt teszik. Akármilyen jó javaslat jön be a Népjóléti Bizottság elé, önök rögtön azt mondják - például múltkor, amikor a szénmonoxid-mérőssel kapcsolatban volt, ráadásul valamelyik teljesen más ellenzéki pártnak egy javaslata -, hát valósítsa meg az önkormányzat. Na de kérem, az önkormányzatok ki vannak véreztetve, és a fideszes önkormányzatok is, nemcsak az ellenzéki önkormányzatok. Ráadásul amikor önök eltörölték az addig, fogalmazzunk úgy, elhazudott rezsicsökkentést, akkor egy hónapig, vagy több mint egy hónapig nem alkották meg a részletszabályokat sem. Ezzel azt érték el, hogy egyfajta pszichikai nyomást gyakoroltak a lakosságra, és rengetegen fordultak a szilárd fűtőanyagok felé. Tehát megnőtt a tűzifa, illetve az egyéb szilárd fűtőanyagok iránti kereslet, ami azt eredményezte, hogy ezeknek az ára szintén az egekben van ma. Azt pedig mondanom sem kell, hogy ezekkel a fűtőanyagokkal egyébként a többségében hátrányos helyzetű emberek fűtenek. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm. Kérdezem, ki kíván még hozzászólni. *(Kanász-Nagy Máté jelentkezik.)* Elnézést kérek Kanász-Nagy Mátétól, először a bizottság tagjainak hadd adjam meg a szót. Nacsá Lőrinc alelnök úr, öné a szó.

NACSA LŐRINC (KDNP), a bizottság alelnöke: Köszönöm. Kanász-Nagy Máté amúgy is egy következő napirendi ponthoz érkezett, ez nem az országgyűlési általános vita, lehet ott is beszélgetni ilyenekről.

ELNÖK: Elnézést, képviselő úr! A képviselő úr teljes jogú tanácskozási joggal bír. *(Nacsá Lőrinc: Ez így van!)* Abban az esetben, hogy ha gondolom, akkor majd én rendre utasítom, de nincsen ilyen. Kérem, tartózkodjon az ilyen megjegyzésektől! Köszönöm.

NACSA LŐRINC (KDNP), a bizottság alelnöke: Pedig ön mondta, hogy a szólásszabadság milyen fontos. Varga képviselő úrnak jelezném, hogy néha meg kell húzni a határokat. Ha ön az országgyűlési választás előtti nap még 17 éves, és másnap lenne a születésnapja, akkor nem szavazhat, mert hétfőn van a születésnapja, de vasárnap van a választás. Ezek tűnhetnek igazságtalan helyzetnek, de valahol 5001 lakos van, és valahol 4999, ilyen történik. A rendszer, az állam működéséhez muszáj meghúzni határokat. Vannak különböző jogosultságok és támogatások, amelyek tízezer fő fölötti városoknál valósulnak meg, vannak csak a megyei jogú városokra programok, pályázatok és támogatások, tehát vannak ilyen jellegű határok, amelyeket az állam működése érdekében be kell tartani, és meg kell húzni.

A kivézetésről csak annyit, képviselő úr, hogy Baja város költségvetésének 2017-ben a főösszege 5 milliárd forint volt, most 8 milliárd. 2017-ben Fidesz-KDNP-vezetése volt a városnak, most ellenzéki vezetése. Tehát ennyit a kivézetésről. Nem akarom most - alpolgármester úr van itt - Bajára kihegyezni, számos városban, ellenzéki vezetése és kormánypárti vezetése városban is fel lehet mutatni azt, hogy az éves költségvetésének milyen növekedése van az elmúlt években. Például egyébként Újpest is sokkal több pénzből gazdálkodik, amióta ellenzéki vezetése van. A költségvetési főösszege nagyobb, mint volt 2018-ban, 2017-ben vagy 2016-ban. Képviselő úr, az volt a kivézetés, amikor 2006-2010 között arra biztatták önök az önkormányzatokat - ön most már DK-s színekben ül itt -, hogy vegyék fel az összes hitelt, egyre több feladatot adtak egyre kevesebb finanszírozással, és elképesztő módon eladósították az önkormányzatokat.

Ha emlékszik rá, 2010 után nekünk kellett konszolidálnunk az önkormányzatokat, 1365 milliárd forintot, irgalmatlan mennyiségű pénzről beszélünk, 1365 milliárd forintot fordítottunk arra, hogy az adósságcsapdába szorult önkormányzatokat ki tudjuk venni ebből, és tudjanak például fejlesztésre felvenni hitelt, amely nem a működésükre kellett, ahogy egyébként ezt 2006-2010 között a politikai vezetés elvárta tőlük. A működésre, a bérekre, a villanyszámlára kellett felvenniük hitelt, mert odaadták a feladatot, és nem adtak hozzá finanszírozást. Az volt a kivéreztetés, képviselő úr!

ELNÖK: Megadom a szót Kanász-Nagy Máté képviselő úrnak. Öné a szó, képviselő úr.

KANÁSZ-NAGY MÁTÉ (LMP): Köszönöm szépen. Egyébként Nacsa Lőrinc képviselőtársam valóban ráérezett arra, hogy az általa elmondottakra szerettem volna reflektálni. Van ez a közkeletű érvelés, hogy a szegénységben és társadalmi kirekesztettségben élők száma Magyarországon csökkent, ami való igaz, hiszen ez a korábbi 30 százalékos feletti mutatóról 20 százalékos közelébe, illetve picit alá csökkent. Csakhogy - általában ezek a programok, mint mondjuk a tűzifaprogram - akik energiaszegénységben, lakhatási szegénységben élnek, milyen támogatásokat vehetnek igénybe, ők tipikusan azok a rétegek, akár városban élnek, akár falusi térségekben, akik beleragadnak sajnos ebbe a szegénységbe.

Itt ismét szeretném elmondani, hogy az a mutató, ami a szegénységi küszöbtől való távolságot méri, a szegénységi rés, gyakorlatilag rekordmagasságba emelkedett az elmúlt években. Ez azt jelenti, hogy ma Magyarországon sokkal nehezebb kitörni a szegénységből, mint az elmúlt 10-15-20 évben volt. Ennek a mutatónak az aránya most közel 36 százalékos. És még egyszer: a szegénységi küszöbtől való távolságot méri. Ebből a szempontból nagyon is indokolt, én is azt gondolom, ezeknek a programoknak a biztosítása és a kiterjesztése. Egyébként ha valaki szegénységben él, lakhatási szegénységben él, energiaszegénységben, nem tudja kifűteni az otthonát, akkor teljesen mindegy, hogy városban, vagy faluban él, ugyanolyan nehézséggel küzd ebből a szempontból. Köszönöm.

ELNÖK: Sztojka Attila képviselő úr, öné a szó.

SZTOJKA ATTILA (Fidesz): Köszönöm szépen. Az alapkérdést abban látom, hogy a kérdés alapvetően az, hogy hova célozzuk a pályázatot, tehát kikre céloztatjuk, és itt elsősorban nyilván az önkormányzatok vonatkozásában. Én is készültem statisztikai adatokkal. Én azt látom, hogy ha az ötezer fő alatti településeket nézzük, azoknak a száma 2883, tehát az össz településszámot nézve a nagy része ötezer fő alatti.

Amikor arról beszélünk, hogy jó-e a célzás, illetve hogy kinek kellene a pluszforrások az önkormányzatok vonatkozásában, akkor kétségtelenül figyelembe kell venni azt is, hogy vajon az ott élő emberek lehetőségei milyenek. Jól tudjuk, hogy az ötezer fő alatti települések esetében kisebbek a lehetőségeik, ezért az államnak ott nagyobb szerepet kell vállalnia és biztosítania.

Ha ebből a szempontból közelítjük meg, akkor a közös teherviselés tekintetében, azt gondolom, hangsúlyossá kell tenni, hogy nemcsak az államnak van feladata és szerepe, hanem az önkormányzatoknak is. Amikor ezt a részét vizsgáljuk jobban, akkor az adóerőképességet javasolnám szíves figyelmükbe, hiszen az ötezer fő alatti települések esetében és az ötezer fő fölötti települések esetében 40 százalékos az eltérés az ötezer fő fölötti települések javára, tehát sokkal nagyobb az emberek adóerőképessége szerencsére. Megjegyzem, hogy ez a szám 196 százalékos növekedést mutatott '13-hoz képest.

A másik lényeges, amit Kanász-Nagy Máté képviselő úr említett, a kitörés kérdésköre. Valóban az elmúlt időszakban nagyon sok olyan, mondhatjuk azt is, külső tényező generált olyan nehézségeket, amelyekből nehéz kitörniük, és nehezítik az előrehaladást.

Ugyanakkor ha az ország munkaerőpiaci helyzetét nézzük, akkor azt mondhatjuk, hogy jó állapotban van. Szerencsére a munkanélküliség nem nőtt meg, annak ellenére, hogy emlékszem, nagyjából ősz tájékán milyen víziókat vetett fel az ellenzék oldala. A gazdaságunk ebből a szempontból stabil, és nyilván azért dolgozunk, hogy ez megtörténjen. Tehát én azt gondolom, hogy a közös teherviselés egy kulcskérdés ebben a kérdéskörben.

ELNÖK: Kérdezem, kíván-e még valaki hozzászólni. *(Nincs jelentkező.)* Nem látok több jelentkezőt. A vita lezárása előtt adom meg a szót Hajdú Miklós alpolgármester úrnak, amennyiben kíván reagálni, és utána majd dr. Dukai Miklós államtitkár úr is szót kap.

Hajdú Miklós reflexiói

HAJDÚ MIKLÓS alpolgármester (Baja Megyei Jogú Város Önkormányzata): Köszönöm szépen, röviden fogok szólni. Az első gondolat az elhangzott észrevételek kapcsán, hogy természetesen nemcsak Baja érdekében terjesztettük elő ezt a kezdeményezést, hanem a minden ötezernél magasabb lélekszámú település érdekében.

Azzal kapcsolatban, ami kritikaként hangzott el, hogy ki mit vont el és szüntetett meg, igen, a pénzbőség idején a város 2018-2019-ben valójában kétszer ötezer forintot adott az összes bajai nyugdíjasnak. Ez tízezres populáció, tízezret meghaladó populáció. Ez a város számára 110 millió forintos kiadást jelentett, csak a postaköltség és egyéb, az adminisztratív költség volt 10-15 millió. Differenciálatlan volt, a félmillió nyugdíjas és természetesen a minimálnyugdíjas is megkapta, és pont ez volt vele a baj. Aztán azt azért hozzátenném, hogy ez a pénzbőség idején volt, ahogy az előbb elhangzott, 2013-hoz képest 193 százalékos az adóerőképesség-növekedés. Igen, ez sokáig így volt. De most éppen mintha nem lenne pénzbőség.

Nacsa képviselő úr vetette fel, hogy a költségvetés főösszege 5 milliárd volt, és most 8 milliárd. Én 29 éve vagyok önkormányzati képviselő, de nem emlékszem ilyen számra, hogy bármikor is, valamikor régen 5 milliárd lett volna. De volt, amikor még a kórház is nálunk volt, akkor 14 milliárd is volt, meg az oktatási intézmények és a többi. Nem ezt akarom kritizálni, hanem jelen pillanatban a működés stabilan körülbelül 6 milliárd. Az, hogy 8 milliárd, 7 milliárd, vagy 9 milliárd, az azon múlik, hogy milyen fejlesztési forrásokat próbálunk meg éppen felhasználni, felhasználtuk-e már, nyertünk-e újabb pályázatot és a többi.

Az adósságkonszolidációval kapcsolatban nekem van egy saját véleményem, biztosan másnak is. Én megtapasztaltam, hogy körülbelül évi 350-400 milliót kellett volna 2010-2011 táján fizetni, amikor ez az átvállalás megtörtént, és rögtön bevezetésre került az adóerőképesség szerinti elvonás, szintén ugyanilyen nagyságrendben. Tehát én úgy gondolom, engedjenek meg egy ilyen, minden politikai felhang nélküli kritikát, hogy az egyik zsebből átkerült egy másik zsebbe, tehát zsebek közötti tologatás volt. Ennyit a politikai részről, de itt adatok vannak.

A súlyos anyagi nélkülözésben lévők száma jelentősen csökkent nagyságrendileg. Mi nem ezt tapasztaljuk. A mi szociális ellátórendszerünkben, ami a mi rálátásunk alatt van - adatokat tudok mondani - 25 százalékkal nőtt az igényjogosultak és az igénybe vevők száma, és 30 százalékkal nőtt a kifizetett összeg például a rendkívüli települési támogatás esetében.

Úgyhogy mindezek alapján én azt gondolom, hogy igen, közös tehervállalás, és pontosan erről van szó. Mi a magunk részéről - és igyekeztem bemutatni - évről évre,

folyamatosan és egyébként az előző önkormányzati ciklusokban is, tehát akkor, amikor úgymond nem ellenzéki volt, tehát úgymond nem ellenzéki, ezek ügyek, városi ügyek, közpolitikák, nem pártszíniék, a rászorulókon közösen segítünk. Megköszöntem a kormány korábbi segítségét, az ötezer fő alattit is, meg amikor kétszer esetiben nekünk is és nyilván másoknak is nyújtottak segítséget. Erre szeretném kapacitálni a bizottságon keresztül a döntéshozókat. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen, alpolgármester úr. Államtitkár úr, amennyiben kíván reagálni, öné a szó.

Dr. Dukai Miklós reflexiói

DR. DUKAI MIKLÓS államtitkár (Belügyminisztérium): Mindenképpen, köszönöm szépen a lehetőséget. Pár dolgot szeretnék tisztába tenni, hogy milyen úgymond kivéreztetése történt meg az önkormányzatoknak. Több ellenzéki képviselőtől talán ezt a kifejezést lehetett hallani. Például Varga képviselő úr azt vetette fel, hogy a gépjárműadó elvették a településektől. Valóban ez a típusú adó átcsatornázásra került a Covid-járvány idején az önkormányzatoktól az állam felé. De azt hangsúlyozni kell, hogy kétfajta adótípust ismer a magyar adórendszer, vannak a központi adók, és vannak a helyi adók, és a gépjárműadó soha nem volt helyi adó, az mindig központi adó volt, és volt kisebb-nagyobb mértékű átengedése. Most a jogalkotónak az lett a döntése, hogy ez innentől kezdve illesse meg az állami büdzsét, és egy az egyben nemcsak az adó került el az önkormányzatoktól, hanem ennek az igazgatási része is átkerült a NAV-hoz, tehát ezzel ilyen értelemben az önkormányzatoknak feladata sincs.

Aztán a másik vád, ami elhangzott a kormány felé, hogy a HIPA-t szintén elcsatornázta az önkormányzatoktól, hogy ilyen csúnyán fejezzem ki magam. Valóban szintén a Covid alatt a kormány hozott a kis- és közepes vállalkozások megsegítése érdekében egy olyan intézkedést, hogy egy százalékban maximáltuk a HIPA beszedhetőségét, ugyanezzel a lendülettel viszont a kormány döntött is a HIPA kompenzációjáról. Egyrészt volt egy automatizmus 2021-2022-ben, hogy a 25 ezer fő alattiak esetében automatikusan a kieső HIPA-jukat - és hangsúlyozom, saját maguk az önkormányzatok szolgáltatottak adatokat - annak az adatsora alapján kompenzálta egyrészt a kormány. A 25 ezer fő fölötti településekkel pedig végigegyeztettük azt, hogy pontosan mennyi lesz az adókiesésük, és annak megfelelően, hogy milyen fejlesztésre vagy egyébre akarják elkölteni a kompenzációt, ezt megadta nekik a kormányzat, ugyanúgy 2021-2022-ben, és mindegyik évről elszámoltunk. Így a 2021-es évről még 2022 novemberében közel 10 milliárdot fizettünk ki, és 2022-ről is majd 2023 novemberében el fogunk számolni az önkormányzatokkal. Várakozásaink szerint ott is nagyságrendileg 10 milliárdos többletkifizetés lesz.

Amit még fontos elmondani - mert az a vád is érte a kormányt, hogy semmilyen rezsitámogatást nem adtunk az önkormányzatoknak -, hogy szerintem jó, ha az is elhangzik, hogy ez egy valótlan állítás. Tavaly év végén részletesen végigtárgyaltuk egyébként a tízezer fölötti települések vezetőivel a rezsikérdéseket. A kormány öt olyan területet jelölt ki, amelyben kifejezetten a rezsire ad támogatást, plusztámogatást az önkormányzatoknak, az óvoda, a bölcsőde, a közétkeztetés, a közvilágítás és a szociális szakosított intézmények ellátásához. Ehhez - a 9. fejezet már meglévő forrásaihoz képest - összességében plusz 77 milliárd forint az, ami többletként jut az önkormányzatoknak. Ez időarányosan minden hónapban kimegy a önkormányzatoknak. Tehát a rezsitámogatáshoz, a rezsiköltségek emelkedéséhez is biztosítottunk többletforrásokat az önkormányzatoknak.

Azt még el kell mondani, mert ez is el szokott sikkadni, de minden évben a kormány külön döntéssel biztosítja az önkormányzatok számára az általuk foglalkoztatottaknak, és nemcsak az önkormányzatnál, hanem más területen

foglalkoztatottaknak is a minimálbér és a garantált bérminimum emelkedéséből adódó kiadási többletet. Ez az idén összességében meghaladja a 68 milliárd forintot, ami többletként szintén az év folyamán minden hónapban odakerül az önkormányzatokhoz.

Amint mondtam, az idei elfogadott büdzsében 968 milliárd forint áll rendelkezésre az önkormányzatoknak a 9. fejezeten keresztül. Ez a beégetett összeg. Ezeket, amelyeket elsoroltam, a még efölötti összegek, amelyeket jeleztem, tehát bőven meghaladjuk az ezermilliárdot, és még ehhez jön hozzá mind a Covid-járvány, mind a nehézségek ellenére az évről évre folyamatosan növekvő helyi iparűzésiadó-bevétele az önkormányzatoknak. Csak ennyit az önkormányzatoknak a kormány általi kivéreztetéséről.

Szintén feltették kérdésként a képviselő urak, hogy miért nem 5001 főnél húzzuk meg a határt. Valóban ezt a kérdést én magam is számtalanszor a polgármesterekkel egyeztetve megkapom. Ez akár egy jogos kérdés, jogos felvetés is lehet, ugyanakkor el kell mondanom, hogy az ötezer fő alatti településekből 2864 van az önkormányzatok között, tehát 2864 potenciális pályázó lehet egy ilyen pályázati kiíráson, és ebből a tavalyi évben volt a legmagasabb szám, 2374 volt, aki pályázott. Tehát van néhány százas eltérés, aki nem pályázik minden nehézség és minden kihívás ellenére.

Csak azért, hogy ténylegesen rögzítsük, itt nemcsak tűzifáról beszélünk, hanem szociális tüzelőanyagról beszélünk. Azt is fel szokták vetni képviselők, hogy adott esetben a kormány miért irtja az erdőket. A kormány nem irtja az erdőket, ezért bővítettük még anno a barnakőszén lehetőségével ezt a programot. Tehát barnakőszén is tudnak rendelni azok az önkormányzatok, amelyek ezzel szeretnék a rászorulóikat megsegíteni.

Még csak egy kiegészítés a Nacsa képviselő úr által elmondottakhoz. Valóban 2010-re abba a helyzetbe kerültek az önkormányzatok, hogy mind a feladataikat, mind a finanszírozásukat tekintve teljesen az összedőlés szélére került rendszerrel találtuk magunkat szembe 2010-re, ezért kellett 2011-ben megalkotni az új önkormányzati törvényt, amely alapján újraosztotta egymás között az állam és az önkormányzat a feladatokat, és ehhez húztunk hozzá egy új finanszírozási rendszert, amely feladatalapú finanszírozás, és emellett még jött az adósságkonszolidáció, amely - úgy, ahogy elhangzott - 1368 milliárd forintnyi összeget tett ki. Röviden ennyit szerettem volna elmondani. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, államtitkár úr. Amennyiben nincsen több hozzászóló, és ha jól látom, nincs, a vitát lezárom. Ahogy a vita megkezdése előtt is tájékoztattam a tisztelt bizottságot, szavaznunk kell ebben a kérdésben.

Határozathozatal

Ennek megfelelően kérdezem a bizottságot, hogy ki az, aki támogatja Baja Város Önkormányzatának szociális tüzelőanyag-program kiterjesztésére irányuló megkeresését. *(Szavazás.)* Három igen. Ki az, aki nem támogatja? *(Szavazás.)* Tíz nem szavazat. Ki tartózkodik? *(Szavazás.)* Senki. Köszönöm szépen.

A bizottság döntéséről természetesen házelnök urat, valamint Baja város polgármester asszonyát értesíteni fogom. Tehát a bizottság 3 igen szavazattal, 10 nem ellenében, tartózkodás nélkül nem támogatja Baja város felterjesztését. Igazán sajnálom.

A napirendi pont tárgyalását lezárom. Köszönöm szépen a meghívott vendégeinknek a közreműködést. További szép napot, és jó munkát kívánok nekik!

**A gyermekek jóllétének biztosítása és védelmük erősítése érdekében
címmel benyújtott H/3266. számú határozati javaslat
Döntés képviselői önálló indítvány tárgysorozatba vételéről**

A 3. napirendi pontunk következik, a gyermekek jóllétének biztosítása és védelmük erősítése érdekében címmel benyújtott H/3266. számú határozati javaslat. A tárgysorozatba-vételről fogunk dönteni. Itt van a napirendi pont előterjesztője, Kanász-Nagy Máté képviselő úr, meg is adom neki a szót. Öné a szó, képviselő úr.

Kanász-Nagy Máté hozzászólása

KANÁSZ-NAGY MÁTÉ (LMP) előterjesztő: Köszönöm a szót. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Egy olyan határozati javaslatot hoztam ide a tisztelt bizottság elé, amivel kapcsolatban a kormányzati kommunikáció, illetve a kormányzati tervek bejelentése bátorított fel, miszerint a gyermekek védelme, a gyermekek jólléte érdekében a kormány is készül egy javaslatcsomaggal. Én ezt a gondolkodást szeretném orientálni, illetve segíteni az én javaslatommal.

Amikor kormányzati részről elhangzik, hogy a gyermekek védelme egy nagyon fontos cél, és ezzel természetesen egyetértünk, hiszen ez az állam egyik legfőbb feladata, akkor mégiscsak kevés szó esik a szociális, gyermekjóléti ellátórendszeréről, minthogy van egy közkeletű tévedés a gyermekvédelmi törvény elnevezésével kapcsolatban is. Van egy eredeti gyermekvédelmi törvény, ez a gyermekvédelmi törvény, ez az 1997. évi XXXI. számú törvény, amely immár 26. éve azt szolgálja, hogy egységes szerkezetbe foglaljuk azokat az ellátásokat, pénzügyi támogatásokat, szociális szolgáltatásokat, amelyek a gyermekek jóllétét, a gyermekek védelmét szolgálják. Természetesen a gyermekek védelme ennél is nagyobb területet ölel fel, de ezt a „szűken vett szociális területet” sem szabadna elhanyagolni. Ha a gyermekek védelméről beszélünk, ezt a területet kell mindenképpen megerősíteni és támogatni.

A határozati javaslat olyan célokat tűz ki, minthogy ezt az eredeti 1997. évi XXXI. törvényt felül kell vizsgálni, és ennek az ellátásait, támogatásait, az ezekben rögzített szolgáltatásokat kellene megerősíteni. Természetesen ennek költségvetési vonzata is van. Így amikor a kormány a gyermekek védelméről beszél, akkor mindenképpen források, költségvetési támogatásokat kell emellé rendelni, hogy e törvény ellátásait meg tudjuk erősíteni.

Én külön kiemelttem a határozati javaslatban is a jelzőrendszer szerepét. Ez a jelzőrendszer éves szinten több mint tízezer jelzést kap, tehát naponta is több száz jelzés érkezik be akár családsegítőkhöz, gyerekjóléti központokhoz. Ez érkezik házi orvosoktól, védőnőktől, óvodáktól, iskoláktól, különböző szakemberektől. Ebben a jelzőrendszerben, ennek a működtetésében mi mindannyian részt veszünk, tehát állampolgárként szintén kötelességünk adott esetben ilyen jelzéseket megtenni, ha mondjuk gyerekek veszélyeztettsége áll fenn, és erről értesülünk.

A javaslat természetesen rendelkezik arról is, amit a kormány eddig elmulasztott, ez a szociális dolgozók megbecsülése, az érdemi béremelés, illetve bérrendezés. Ha a gyermekek védelméről beszélünk, ezen intézményrendszer megerősítéséről beszélünk, ennek szerves eleme kell hogy legyen a gyermekvédelmi, gyermekjóléti rendszerben dolgozók megbecsülése.

Az utolsó pontban arról is rendelkezünk, hogy azt az 500 ezer forintot, amit a szociális ágazatban dolgozók nem kaptak meg a Covid-időszak alatt, ők is kapják meg. Az egészségügyi dolgozók ezt nagyon helyesen megkapták, de a szociális dolgozók is ugyanúgy részt vettek és helyt álltak ebben a védekezésben, ezt pótolni kéne.

Tehát még egyszer: ez egy átfogó javaslat, ami elsősorban a '97. évi gyermekvédelmi törvény megerősítését szolgálná a támogatások megerősítésén, a pénzügyi normatívák emelésén, a jelzőrendszer megerősítésén keresztül, és a rendszerben dolgozók béremelését is célul tűzné ki. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm képviselő úr szóbeli kiegészítését. A vitát megnyitom. Kérdezem, hogy ki kíván hozzászólni. *(Jelzésre:)* Kovács Sándor alelnök úr, öné a szó.

Kérdések, hozzászólások

KOVÁCS SÁNDOR (Fidesz), a bizottság alelnöke: Köszönöm szépen. Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Képviselőtársam! Tisztelt Bizottság! Képviselőtársam jól mondta, 2016-ban a kormány átszervezte, megerősítette azt a jelzőrendszert, amelyet járási szintre emelt, így a járási szinten lévő jelzőrendszeres összevont család- és gyermekjóléti szolgálatok felügyelik gyakorlatilag a kistélepüléseken működő olyan intézményeket, ahol a gyermek, illetve a család veszélyeztetése fennállhat.

Azt gondolom, a '97. évi XXXI. törvény és az önök előterjesztése között az a különbség, hogy a törvény foglalkozik a szülő és a család felelősségével is, önök pedig, mint általában a liberális pártok, csak és kizárólag az állam feladataként fogalmazzák meg azokat a feladatokat, amelyek a szociális ellátásban, illetve konkrétan a gyermekvédelemben is szóba kerülnek.

Nem véletlen volt, hogy 2014 óta meg akarja erősíteni. Gyakorlatilag ma a speciális igényű gyerekeken kívül a nevelőszülői hálózatban van minden olyan állami gondozott gyermek, akik állami gondozásba kerültek, éppen ezért családi és a szülői megerősítésről beszélek, de egyébként a normál életben eltöltött gyermekekre is ugyanúgy vonatkozik ez a '97. évi XXXI. törvény. Az ebben lefektetett jelzőrendszeres feladatok ellátását, illetve azokat a diagnózisokat, amelyek a szociális szolgáltatóknál megjelennek, a magyar állam plusz forrással is megerősíti.

Azt gondolom, szólni kell még azokról az intézkedésekről is, amelyekben ezer gyermekre vonatkozóan, nem tudok jobb szót, gyermekegyenegységet tekintve ezer fő esetében egy fő szociális segítő foglalkoztatásának a teljes finanszírozását is átvállalja a kormány.

Azt gondolom, hogy a diagnózisokra, a jelzőrendszeres megerősítésekre vonatkozóan a négy szintnek - még egyszer, a helyi, települési szint, a járási szint, a vármegyei szint és az országos szint - elkülönülő feladatai vannak, és ezeket a feladatokat összehangolja az országos gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörben is eljáró szakmai szervezet. Természetesen ennek a négyszintű működésnek megvan a felelőssége, de azt gondolom, megvan a maga szépsége is.

Jómagam, mint gyermekvédelemből diplomázott szociális munkás, azt gondolom, nagyon-nagyon fontos, hogy odafigyeljünk a gyermekek minél jobb megerősítésére, mert egyetlen abúzus, egyetlen rossz döntés egyetlen gyermek életében is nagyon-nagyon fajsúlyos. Ugyanakkor azt gondolom, a törvényi lehetőségek rendelkezésre állnak annak érdekében, hogy normális körülmények között és a gyermekek védelmében ténykedjenek, még egyszer hangsúlyozva, hogy a polgári kormány a szülői és a családi felelősséget is hangsúlyozza az állami felelősség mellett.

A béremelkedésekre vonatkozóan pedig úgy gondolom, hogy ugyanúgy, mint ahogy a szociális rendszerben, a gyermekjóléti rendszerben dolgozók is minden olyan emelést megkaptak a bérpótlékkal, és várhatóan a 2023-as béremeléssel együtt már 400 ezer forint körüli átlagfizetésük lesz, megköszönve az áldozatos munkájukat és a jövő generációnak a nevelését is. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm, alelnök úr. Kérdezem, hogy ki kíván még hozzászólni. *(Jelzésre:)* Horváth László képviselő úr, öné a szó.

HORVÁTH LÁSZLÓ (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Tisztelt Képviselő Úr! Ön is beszélt a gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer fontosságáról, illetve ennek a rendszernek a megerősítéséről. Hadd idézzem ide azt, hogy amikor 2016-ban pontosan jogszabályi megerősítést adtuk ennek az észlelő- és jelzőrendszernek, akkor önök ezt

nem támogatták. Bizonyára emlékeznek arra, amikor több kisgyerek, illetve csecsemő drámai és tragikus halálát az okozta, hogy a szülő el tudta rejteni saját akaratából a gyermeket a házi orvos elől, a védőnő elől, egyszerűen éhhalálok következtek be, nyilván talán még emlékeznek ezekre az esetekre.

Akkor hoztuk azt a szigorítást, miszerint a gyermeket nem lehet eldugni, bárhogy gondolkozik is erről a szülő. Viszont akkor sajnálatos módon a baloldal nagyon keményen szembement ezzel a szigorítással, és az érintett társadalmi réteget, a gyermeket nevelő szülőket riogatták félelmet keltettek, sokkolták a közvéleményt azzal, hogy majd a rendőrök fogják rá rugni a családokra az ajtót, hogy majd el fogják szakítani a gyerekeket a családoktól, és így tovább, és így tovább.

Na most az a helyzet, hogy ez nem történt meg. Ez a riogatás, ez a félelemkeltés, ez a sokkolás megint csak alaptalan volt, és hál' istennek, a gyermekvédelmi jelzések száma az utóbbi időben és ennek hatására is megnövekedett. A javaslat jó szándékát nem vitatva azt megjegyezném, hogy milyen kár, hogy amikor lehetett volna önöknek is támogatni a jelzőrendszer megerősítését, akkor nemhogy nem tették meg, hanem igen erősen és alaptalan vádakot megfogalmazva mentek szembe. Köszönöm.

ELNÖK: Kérdezem, hogy ki kíván még hozzászólni. *(Nincs jelentkező.)* Több hozzászólást nem látok, így a vitát lezárom. Az előterjesztőnek adom meg a szót, amennyiben kíván reagálni a vitában elhangzottakra. *(Jelzésre:)* Képviselő úr, öné a szó.

Kanász-Nagy Máté válasza

KANÁSZ-NAGY MÁTÉ (LMP) előterjesztő: Köszönöm szépen. Igen, Kovács Sándor képviselőtársam kiemelte a felelősség kérdését. A magyar Alaptörvény is úgy fogalmaz, hogy Magyarország külön intézkedésekkel védi a családokat, a gyermekeket, nőket, az időseket, a fogyatékkal élőket. A gyermekeket külön is kiemeljük, mintegy állami feladat az ő védelmük. Ez teljesen természetes.

Itt az a kérdés, hogy ha van egy kormányzati cél, márpedig most úgy tűnik, van egy kormányzati cél, talán az őszi időszakra ígérnek ezzel kapcsolatban törvénykezést, hogy a gyermekek védelmét erősíteni kell, akkor mindenki, aki részt vesz a gyermekek védelmében, kérdés az, hogy feladatot kap-e. Ha a szülőkre, a családokra vagy a helyi közösségekre akarják tolni a felelősséget, természetesen az is segítheti és erősítheti a gyermekek védelmét, de az állam közvetlenül is meg tudja valósítani ezt a védelmet, illetve ennek a védelemnek az erősítését például a gyermekvédelmi törvény szabályozásán keresztül, az ottani juttatások erősítésén keresztül.

Nekem kiemelt célom, hogy ez megvalósuljon. Ennek a törvénynek egyébként akár a szerkezetét, akár a tartalmát lehet, hogy ideje lenne átgondolni. Aki a szociális szakmából jön, így képviselő úr is, nyilván találkozott azzal a helyzettel, hogy akár a szociális törvény, akár a gyermekvédelmi törvény az elmúlt most már lassan 25-30 évben mennyi szövegváltoztatáson esett át, folyamatosan megváltoztatják, teljesen kesze-kusza, nagyon sok esetben értelmezhetetlen rendelkezéseket vagy szabályozásokat tartalmaz. Például magának a szociális rászorultságnak a fogalma is egy gumikategória. Nincs egyértelműen definiálva, hogy mit jelent Magyarországon az, hogy szociális rászorultság, és ezzel a szakemberek, az ellátórendszer évtizedek óta küzd. Lehet, hogy itt az ideje ezt az egész kérdést egyébként rendberakni.

Amit Horváth László képviselőtársam mond a gyermekek családtól való elválasztásával kapcsolatban, egyébként itt is vannak akut problémák. Aki a szakmában dolgozik, nagyon jól tudja, hogy bár törvény tiltja azt, hogy gyermeket a családjából anyagi okok miatt, pusztán anyagi okok miatt ki lehessen emelni, de sajnos a gyakorlatban mégis megvalósul egyébként mind a mai napig, és vannak ilyen nagyon-nagyon tragikus, drámai esetek, hogy szociális rászorultság vagy szociális okok miatt emelnek ki gyermekeket a családjukból ahelyett, hogy az állam, a család szociális

megerősítésében lenne érdekelt, és így előzné meg mondjuk ezeket a kiemeléseket. Nem mondom, hogy ez rendszerszintű vagy automatikus, de előfordulhatnak ilyen esetek, amit - még egyszer - például a gyermekvédelmi törvény megerősítésével lehetne egyébként szolgálni. Köszönöm szépen.

Határozathozatal

ELNÖK: Köszönöm szépen. Szavazás következik. Ki az, aki támogatja a H/3266. számú határozati javaslat tárgysorozatba-vételét? *(Szavazás.)* Kettő Igen. Ki az, aki nem? *(Szavazás.)* Öt nem. Ki tartózkodik? *(Szavazás.)* Négy.

Megállapítom, hogy a bizottság a határozati javaslatot 2 igen szavazattal, 5 nem ellenében, 4 tartózkodás mellett nem vette tárgysorozatba.

Egy bejelentést szeretnék tenni: időközben újabb helyettesítésekre merült fel igény, mégpedig dr. Pesti Imre alelnök urat dr. Tapolczai Gergely, Nacsa Lőrincet pedig Horváth László képviselő úr helyettesíti a vitában. Köszönöm szépen. A napirendi pont tárgyalását természetesen lezártam.

Nemzeti Élelmiszertámogatási Programról szóló H/3276. számú határozati javaslat

Döntés képviselői önálló indítvány tárgysorozatba vételéről

A 4. napirendi pontunk következik, a Nemzeti Élelmiszertámogatási Programról szóló H/3276. számú határozati javaslat tárgysorozatba vételéről fogunk dönteni. Itt van az előterjesztőnk. Elsőként a napirendi pont előterjesztőjének, Z. Kárpát Dániel képviselő úrnak adom meg a szót. Öné a szó, képviselő úr.

Z. Kárpát Dániel hozzászólása

Z. KÁRPÁT DÁNIEL (Jobbik) előterjesztő: Köszönöm szépen. Tisztelettel köszöntöm elnök urat, a bizottság tagjait és az összes munkatársat. Bár az idő előrehaladt, igyekszem a kereteket nem túlfeszítve megvédeni azt a javaslatot, amit önök elé hoztam. A mai nap számomra is kicsit politikai science fictionra emlékeztetett, hiszen két bizottsági ülés kezdődött egy időpontban, tehát egyazon időpontban két helyen kellett volna lennem. Ilyen szempontból köszönöm, hogy kissé elcsúszott az első napirendi pontjuk, hiszen a Gazdasági Versenyhivatalról szóló beszámoló tárgyalásán részt tudtam venni, és most ideértem önökhöz.

A helyzet az, hogy az elmúlt hónapokban pártállástól függetlenül az embereket talán legjobban birizgáló téma a megélhetési válság és ezen belül is az uniós szinten is brutális élelmiszerár-robbanás kérdése.

Már december környékén megjelentek az első hírek, ahol sajnálatos módon a világszintű TOP 10-be, jelesül a tizedik helyre sorolták a magyar élelmiszerár-robbanást. Itt egészen egzotikus nevű országok is megjelentek minden földrészről, de számomra az volt a leginkább mellbevágó, hogy a fegyveres konfliktusban résztvevő országokban nem növekednek annyira az élelmiszerárak, mint Magyarországon az utóbbi hónapokban.

Természetesen vitaképes az, hogy a Matolcsy elnök úr által jelzett élelmiszeripari termelékenység gondok vagy más problémák állnak a jelenség mögött, de az szerintem egészen biztos, hogy orvosolni kell ezeket a problémákat. Nyilvánvaló módon én egy piacpárti, konzervatív, jobboldali emberként örülök, ha mindenki a megfelelő mennyiségű, minőségű jövedelmét el tudja költeni a különböző szupermarketekben, csak számomra mellbevágó és egyébként idegesítő is az, hogy amikor a Versenyhivatal elkezd vizsgálandni, akkor hirtelen a versenyhivatali vizsgálódás után az összes nagy multilánc elkezd szétakciózni magát, és kiderül, hogy hirtelen az a tejtermék akár feleannyiba is kerülhet, és érdekes módon amikor ott kicsit a piacfelügyelet megjelenik, akkor kiderül, hogy az élelmiszerárak egy része mögött - legyünk jóhiszeműek -, az árrobbanás mögött feltételezhető módon nem valós piaci

folyamatok álltak, hanem piaci és jellemzően multinacionális spekuláció. Éppen ezért azt látjuk, hogy a legnagyobb szociális hatása most annak van, hogy megfizethetlenné kezdenek válni az élelmiszerárak. Európa korábbi éléskamrájában ez különösen riasztó.

Az egyik legkárosabb dolog, ami ezen a piacon történt, az ársapkák rendszere. Nem vitatva semmiféle szándékot, ami emögött állt, lehet hat-hét termék árát rögzíteni, bár ahogy látom, például ez a csirkemell esetében nem feltétlenül sikerült, de azt is látjuk, hogy mellette ott van hat-hétezer termék, aminek az árába ezek a nagy cégek a vélt vagy valós veszteségüket gond nélkül be tudják építeni, mert nem volt, és nincs kontrollmechanizmus, amely visszatartaná őket ebben. Tehát összességében még lehetett volna jószándékú is az ársapkák rendszere, de egy kontrollálatlan és egyébként nem minden szegmensében piaci folyamat után ez az árak és az infláció további növekedését eredményezte.

Éppen ezért nulladik lépésként a Jobbik-Konzervatívok közössége azt javasolja, hogy az ársapkák rendszerét szüntessük meg. Ebben a formájában szándéktól függetlenül sajnos ez visszajára fordult, kimutatható módon hozzájárult az infláció növeléséhez, ezzel párhuzamosan viszont nézzük meg a magyar nélkülöző családok körét.

Bár a javaslat indoklásában objektív mérceként emítettük a KSH szegénységi küszöbre vonatkozó adatokat, én sokkal nagyvonalúbb lennék ennél. Ha nemzeti élelmiszertámogatási szisztémáról van szó, akkor úgy gondolom, hogy egy átlagos élethelyzetben lévő pedagógus házaspár, akik egy vagy két gyermeket nevelnek, szintén rászorulnak arra, hogy jó minőségű, jellemzően hazai előállítású élelmiszerekkel segítsék a mindennapjaikat, hiszen ezeknek az ára olyan szinten robbant az utóbbi hónapban, amivel egyetlen családtámogatási forma, sem a nyugdíj, sem a fizetés, sem másfajta bevételek nem tudták tartani a lépést. Tehát egy hiányállapot keletkezett, amit nekünk most orvosolnunk kell. Éppen ezért gondoljuk azt, hogy egy európai szegénységi küszöb alatti élethelyzetben lévő magyar család - ez sajnos sokkal több családot érintene így, mint a KSH szegénységi küszöb szerinti - igenis tarthasson számot arra, hogy havonta alsó hangon jelenlegi két családi pótlék összegű segítséget kapjon élelmiszer formájában.

Egyetlen olyan konfliktusforrása lehet ennek a javaslatnak, amiről szerintem őszintén kell beszélünk, mert még az ellenzéki diskurzusok során is, amikor a családi pótlék emelése annak idején szóba került, ezt őszintén letettem az asztalra, igen, meg szeretnék mondani, és bele szeretnék szólni abba, hogy ezt a támogatást mire fordítsák a családok. Igen, őszintén elmondom, hogy nem szeretném, hogy ebből szerencsejátékot lehessen vásárolni, és azt sem szeretném, hogy bizonyos élvezeti cikkekre lehessen elkölteni.

Mi a legjóhiszeműbbek vagyunk minden család tekintetében, tehát azt feltételezem, és ez az alapbeállításom, hogy minden család a legjobbat akarja a gyermekének, és az a helyzet, hogy ebben a rendszerben őszintén érdemes csak megnyilvánulni, őszintén úgy gondolom, hogy a magyar családok száz százalékáról nem jelenthető ki az, hogy a gyermek érdekkörében hasznosulna minden, a gyermekre odaallokált költségvetési forint. Mi tehát legalább az élelmiszer-támogatás tekintetében garantálni szeretnék azt, hogy élelmiszer formájában és a család, a gyermek érdekkörében hasznosul ez a támogatás, és nem lehet élvezeti szerekre vagy dohánytermékekre költeni. Ezt különösen fontosnak tartjuk.

Egy kérdés maradhat hátra, hogy miből valósítanánk meg mindezt. Jellemzően az áfabevételi sort javaslom megvizsgálni a költségvetés tervezetében, és egyébként a rendelettel módosított költségvetés módosítása során is erről már tárgyaltunk, hogy mintegy 1500 milliárd olyan bevételi adóforint áll rendelkezésre most Magyarország számára, ami vagy nem volt tervezett, vagy egy nagyon drámai növekedés a korábbi évek és az előző év összegéhez képest.

Emögött jellemzően az van, hogy egy extraprofit keletkezik a kormányoldalon, hiszen a váratlan, a válság miatt megnövekedett árakon belül magasabb adótartamot kényszerül befizetni a vásárló állampolgár a költségvetésbe. Ez nem azért van, mert jól pörög a gazdaság, vagy mert így akarja a polgár, hanem mert drágább a termék, tehát az uniós rekorder 27 százalékos áfája is nagyobb összeget tesz ki. Ez a nagyobb összeg jelenik meg a költségvetésben. Itt egy filozófiai döntést kell hozni. Ha egy válságon keletkezik extra profit, akkor minden kormánynak el kell dönteni, hogy meg akarja tartani ezt az extraprofitot, vagy a saját céljaira fordítani, vagy a filozófiai szakadék túoldalán van a mi közösségünk, amely egyedülként kijelenti, és remélem, hogy minél többen csatlakoznak ebben hozzánk, hogy ezt az összeget teljes egészében vissza szeretnénk csatornázni az érintett magyar családoknak.

Ennek pedig zászlóshajója lehet a Nemzeti Élelmiszertámogatási Program. Bár ez nem emészti fel távolról sem azt a teljes összeget, amiről beszélünk, mégis azt mondom, hogy egy komoly, mérhető segítséget jelenthetne egy olyan időszakban, amikor egy komoly megélhetési krízis van kibontakozóban a magyar családok köreiben. Mivel nincs olyan családtámogatási, fizetési, nyugdíj-, egyéb bevételi forma, amely tartaná a lépést az inflációval és ezen belül is az élelmiszerár-robbanás brutális voltával, ezért ezt a hiányállapotot, még egyszer hangsúlyozom, nekünk meg kell szüntetnünk. A módszerekről lehet vitatkozni, de az asztalra letett javaslat ezt célozza. Az a kérésem tehát, hogy ne húzzuk tovább az időt, és kerülhessen a plenáris ülés elé ez a javaslat és az arról szóló döntés. Köszönöm a türelmüket.

ELNÖK: Köszönöm, képviselő úr. A vitát megnyitom. A kérdésem az, hogy ki kíván hozzászólni. *(Jelzésre:)* Sztojka Attila képviselő úr, öné a szó.

Kérdések, hozzászólások

SZTOJKA ATTILA (Fidesz): Köszönöm a szót, elnök úr. Képviselő úr, valóban, ahogy fogalmazott, a módszeren lehet vitatkozni, én ebben látnám most a folyamatot. Igazából azt kell megnézni, hogy az ársapkák rendszere mennyire működik, és mennyire nem. Ön azt mondja, hogy nem igazán működtek. Ehhez képest én azt látom, hogy az EU mintaként tekint ezekre, és több ország is alkalmazza ezt a technikát.

Ha már a szegénységben vagy a kirekesztésben élő emberek kérdésköréről és módszertanáról beszélhetünk, akkor talán az támasztja leginkább alá, hogy a kormányzat szegénység elleni küzdelme milyen, hogy a statisztikai adatok miket mutatnak. Azt mutatja, hogy 2010-2020 között 1 millió 250 ezer fővel csökkentette a szegénységben élők számát. Ha ezen belül is a súlyos anyagi nélkülözésben élők arányát nézzük, azt pedig harmadára csökkentettük. Ez azt jelenti számomra, hogy valamilyen szinten a kormányzatnak mégiscsak egy olyan utat sikerült választania, amely eredményeket jelenthet, sőt európai kitekintésben is számottevő eredményességet mutathattunk fel.

Ennek ellenére is azt gondolom, hogy van még tennivaló, és kell is valamit tennünk. Ennek érdekében azt gondolom, kiemelendő a kormányzati intézkedések sokasága, amelyek a rászorulókat segítette, gondolok itt a rezsicsökkentés kérdéskörére és arra a fajta támogatásra, amely minden háztartáshoz elér, hiszen 181 ezer forintot tudunk megspóroltatni a rászorulóknak és az összes háztartásnak.

Ha ennek a számadatait nézzük, akkor az figyelhető meg, hogy a háztartások háromnegyedét továbbra is száz százalékban védi ez a fajta rezsicsökkentés. Ha túllátunk ezen a részen is, akkor azt is ki kell emelni, hogy a gyermekek otthongondozási díja is megemelkedett, hiszen ma már bruttó 232 ezer forintot jelent a gyermekek otthongondozását végző szülők esetében a támogatás mértéke. Sőt, ha a gyermekeket nézzük, akkor rengeteg olyan kezdeményezés van, sőt támogatás is, amely több százezer gyermeknek juttat friss tejet, gyümölcsöt az iskolaprogramnak köszönhetően, de említhetném itt az ingyenes tankönyvellátást. Tehát igyekszünk

azokat a támogatási módokat megadni a szülőknek, amelyek a kiadásukat adott esetben csökkenthetik.

Ráadásul én azt gondolom, hogy ha konzervatív politikáról beszélünk, akkor rendkívül fontos az, hogy az öngondoskodás és az önellátás se csorbuljon az emberek esetében, főleg a rászorulóknak vonatkozásában, ezért figyelmébe ajánlanám a Családi Portaprogramot, amely a sok esetben megműveletlen kerteket művelésbe vonja. Azt gondolom, hogy ezek az elemek adnak egy olyanfajta kiutat vagy biztonságot a rászorulóknak, amely képes ezeken a nehézségeken is túltenni.

Említette, hogy az ársapkák milyen inflációgerjesztő hatást eredményeznek. Én inkább az infláció emelkedését abban látom, hogy a háború és a brüsszeli rossz szankciók okozzák ezt a fajta növekvő pályára helyezett inflációt. A magyar kormány többször is hangsúlyozta, hogy az a célja, hogy év végére egyszámjegyűvé csökkentse az inflációt. Azt gondolom, az elmúlt 12 év bizonyította azt, hogy amit ez a kormányzat vállal és célul tűz ki, azt teljesíteni fogja.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Mielőtt megadnám az újabb jelentkezőnek a szót, egy újabb helyettesítési igényről számolok be a bizottság előtt: Bartos Mónika képviselő asszonyt dr. Kovács József alelnök úr helyettesíti a vita fennmaradó részében.

Kérdezem, hogy ki kíván még hozzászólni. *(Nincs jelentkező.)* További hozzászólót nem látok. A vitát lezárom. Természetesen az előterjesztőnek, Z. Kárpát Dániel képviselő úrnak adom meg a szót, amennyiben kíván reagálni.

Z. Kárpát Dániel válaszája

Z. KÁRPÁT DÁNIEL (Jobbik) előterjesztő: Köszönöm szépen, elnök úr, nem visszaélve a keretekkel, de természetesen igen. Gondolom, a legtöbben még nem ebédeltek, tehát ezt is illik tiszteletben tartani, de nagyon fontos témáról van szó. Mivel kormánypárti képviselőtársam a javaslat dimenzióját vagy kereteit messze túlfeszítő módon több témát is behozott, egy-kettőre egy-egy szóban igyekszem csak reagálni, hogy tényleg ne tartson este nyolcig ez a bizottsági ülés.

Nagyon támogatom a kormányt abban, hogy év végére egyszámjegyű legyen az infláció, és szeretném, ha ez hamarabb is bekövetkezne. Szeretném ugyanakkor két dologra felhívni a figyelmet. Ha decemberre elérjük az egyszámjegyű inflációt, mondjuk 9 százalékot, az azt jelenti, hogy éves átlagban még mindig 17 százalék fölötti lesz az infláció. Ha ezt a miniszterelnök úr által elmondott nagyon ambiciózus célt tartja a kormány - egy brutális inflációs éves adattal, 17 százalék fölöttivel számoltunk - , önöknek akkor is feladatuk van, önöknek akkor is dolguk van az élelmiszerár-robbanást ellensúlyozni.

Nehogy képviselőtársaim önellentmondásba keveredjenek, mert ha a szankciók és a háború okozza az inflációt, akkor hogyan tudja a kormány tartani azt a vállalását, hogy ő márpedig úgymint betartja, ha nem a kormányon múlik, hanem a szankción és a háborún? Ez egy feloldhatatlan ellentét. Ha tényleg külső faktorokon múlik a magas infláció, akkor önök megígérhetnek bármit, hogyan fogják betartani?

A helyzet az, hogy már az első, a háborúról szóló híreket megelőzően az uniós TOP 5-ben, TOP 6-ban volt a magyar inflációs adat. Akkor még semmilyen szankcióra nem tudták önök ezt fogni. A helyzet az, hogy egy eleve rossz bázisra rakódtak rá a kétségtelenül negatív háborús hatások. Nem vitatja senki, hogy ezek negatív hatások, de ha nem ilyen rossz bázisra és egy rossz szerkezetű gazdaságpolitikára rakódtak volna rá, mondjuk nem egy ennyire rossz termelékenységű magyar élelmiszeriparra, akkor fele ilyen könnyen megúsznák a mostani helyzetet a magyar családok. A javaslatom pont erről szól, ennek az ellensúlyozásáról.

Egyébként ha nem lenne teendő az élelmiszerfronton, akkor ma nem tárgyaltuk volna a Gadasági Versenyhivatal önök által is támogatott beszámolóját, amelynek része

egy korábbi ötletem, az online árfigyelő rendszer megvalósítása. Öt éve mondjuk, de nagyon örülök, hogy most végre megvalósul, csak akkor csinálják meg teljes körűen.

Mondjunk jót is! Szerintem a gyod összegének emelése egy pozitív lépés. Tehát nehogy az a hangulat legyen itt, hogy mindent kritizálunk. Dehogyan! A gyod növelése jó dolog, éppen ezért hoztuk ide azt a javaslatot a korábbi hetekben, amely megakadályozta volna a gyod összegének az elpárolgását, mert aki mondjuk SNI-s, mondjuk egy autista gyermeket fejlesztésre hord, és nincs a lakóhelyén megfelelő fejlesztő intézmény, kérem szépen, továbbra is 21 forintos kilométerenkénti utazási költségtérítésre jogosult. Amíg ezt nem emelik legalább 50 forintra, addig ez azt jelenti, hogy egy Pest megyei érintett család, akinek a lakóhelyén nincs fejlesztő központ, a gyod összegének kétharmadát vagy akár egészét benzinre fogja költeni és az autó amortizációjára. Ezért hoztam ide az SNI-s gyermekek családjai esetében az utazási költségtérítést megemelő javaslatot, és nagyon sajnálom, hogy ez egyelőre leszavazásra került. Valamilyen más formában biztos, hogy ezt vissza fogjuk hozni, mert érezzük azt, hogy egyrészt ellenzéki oldalon is minden párt támogatja, de kormányoldalon is van erre nyitottság. Meg kell tehát valósítani.

Emlegethetnénk nyilván unalomig a családi pótlék kérdését és egyéb családtámogatási formák kérdését, amelyek összege befagyott, de én családi kártyára szavaztam már akkor is, tehát egy behatárolt termékkörre elkölthető, de mindenképpen dupla családi pótlék megszavazására. Nagyon sajnálom, hogy a kormány ebben sem volt nyitott.

Ahol viszont kicsit az én pulzusom is felmegy, ez a gyermekélelmiszer kérdés. Ez vesszőparipám. Több mint tíz éve mondtam el először a parlamentben, hogy mennyire rettenetesen fontos lenne az ingyenes étkezés, étkeztetés minden területen.

A III. kerületben az egyik óvodában, tudják, mikor esznek megfelelő mennyiségű gyümölcsöt a gyermekek? Akkor, ha a szülők beviszik, mert a szakemberek legjobb szándéka ellenére szerintem minden fővárosi intézményben gyümölcsfelelősök vannak, és be van osztva a szülők között, hogy az adott héten ki az, aki az egészséges élelmiszert pluszban beviszi, hogy legyen elég a gyermekeknek. A helyzet az, hogy önök itt nyitogathatják a szemüket, de ez a mai Magyarország, és ez egy tipikus jellemzője a magyar intézményeknek. Lehet úgy tenni, mintha ez nem lenne, de attól még az, aki ebben él napi szinten, tökéletesen tudja, hogy ez történik. Lehet ellenkező állításokat tenni, de tényleg nagyon kíváncsi lennék arra, aki kiáll egy százfős lakossági fórumra és azt mondja, hogy ilyen intézményekben márpedig nincs olyan, hogy gyümölcsfelelős. De van! A mai Magyarországon van!

Én az öngondoskodást egyébként nagyon támogatom. Ezzel kapcsolatos javaslataink is vannak, lesznek, gondoljunk akár csak a lakáscélú előtakarékoság állami lábának megszüntetésére, ezt vissza kellett állítani, de gondolhatnánk a nyugdíj-előtakarékosságtól kezdve az egészségpénztárig bármire. De hogy ne éljünk vissza az önök türelmével, azt szeretném jelezni, hogy az Élelmiszertámogatási Program nemcsak a szegénységben élő vagy a társadalmi kirekesztettség által nagyon komolyan veszélyeztetett családok számára nyújtana segítséget, hanem egy teljesen tipikus, korábban középosztálybeli magyar család esetében is. Említettem egy pedagógus házaspárt, szerintem ez a legjobb példa, ahol értelmiségiokről beszélünk, mondjuk gyermeket is nevelnek, de most már a középosztályból a leszakadás veszélye fenyegeti őket is nagyon sok esetben. Tehát én úgy gondolom, hogy sokkal szélesebb körben kell megpróbálni operálni egy ilyen programmal, és sokkal szélesebb palettán próbálni segíteni a családokat. A legjobb lenne egy inflációkövető rendszerrel, de az élelmiszer-drágulást ellensúlyozni kellene akkor is ezzel a javaslattal. Mi nagy tisztelettel céloztuk meg, amiben köszönöm esetleges támogatásukat.

Határozathozatal

ELNÖK: Köszönöm a reagálást. Szavazás következik. Ki az, aki támogatja a H/3276. számú határozati javaslat tárgysorozatba vételét? *(Szavazás.)* Két igen. Ki az, aki nem? *(Szavazás.)* Öt nem. Ki tartózkodik? *(Szavazás.)* Négy.

Megállapítom, hogy a bizottság a határozati javaslatot 2 igen szavazattal, 5 nem ellenében, 4 tartózkodás mellett nem vette tárgysorozatba.

Köszönöm szépen, a napirendi pont tárgyalását bezárom.

Egyebek

Az 5. napirendi pontunk az egyebek. Van-e valakinek bármilyen közlendője? *(Jelzésre:)* Kovács alelnök úr, parancsoljon, öné a szó.

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz), a bizottság alelnöke: Köszönöm szépen. Három mondat lenne. Ander Balázs kezdeményezése a tüdőrákos betegek adójának csökkentését érinti, és Komáromi alelnök úr múlt bizottsági ülésen feltett kérdésére is reagálva, 2022. november 7-én Takács Péter államtitkár úr jóváhagyta az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékoságnak minősülő betegségekről szóló 335/2009. XII. 29-es kormányrendelet kiegészítését, és kérte a Pénzügyminisztérium tájékoztatását a BNO-C3430 kóddal rendelkező alsólebeny, hörgő vagy tüdő rosszindulatú daganata nevű betegség listába kerülését és finansziális támogatottságát. Amennyiben a Pénzügyminisztérium hozzájárulása meglesz, bekerül a tavaszi kormányrendeleti salátába a tárgyi betegség. Ezt az információt a Belügyminisztérium Parlamenti Főosztályától kaptam. Nyomon fogom követni ennek a folyamatát. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönjük a tájékoztatást, alelnök úr. Kérdezem, hogy kíván-e még valaki szólni. *(Nincs jelentkező.)* Ha nem, akkor a mai bizottsági ülésünket bezárom. *(Kovács Sándor: Mikor lesz bizottsági ülésünk?)* Nem tudom a várható bizottsági ülés időpontját, de időben jelezni fogjuk.

Az ülés berekesztése

Nagyon szépen köszönöm mindenkinek a türelmét, a mai napi munkát. Mindenkinek jó étvágyat és szép napot kívánok a továbbiakban!

(Az ülés befejezésének időpontja: 14 óra 13 perc)

Dr. Kovács József
a bizottság alelnöke

Varga Zoltán
a bizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Vicai Erika