



ORSZÁGGYŰLÉSI KÉPVISELŐ

Országgyűlés Hivatala

komáromi: T/1498/214

Érkezett: 2010 NOV 10.

Módosító javaslat

Dr. Kövér László

az Országgyűlés Elnöke részére

Budapest

Tisztelt Elnök Úr!

A Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről szóló, T/1498. számú törvényjavaslat költségvetési előirányzataihoz – a Hárszabály 94. §-ában foglaltaknak megfelelően –

m ó d o s í t ó j a v a s l a t o t

terjesztek elő.

- A törvényjavaslat 2011. évi költségvetési előirányzatainak (központi költségvetés, elkülönített állami pénzalapok, társadalombiztosítás pénzügyi alapjai) – a túloldali részletezés szerinti – növelését, illetve csökkentését javasolom:

1					Vállalkozások költségvetési befizetései									
	1				Társasági adó	[362 000,0]				+	59 063,0		<u>421 063</u>	
													<u>0</u>	
					LXXII. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP									
2					Egészségbiztosítási ellátások kiadásai									
	3				Természetbeni ellátások									
		1			Gyógyító-megelőző ellátás									
			1		Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	[81 115,9]			+ 9 770,0				<u>90 885,9</u>	
			2		Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek és ifjúságvédelem	[17 966,2]			+ 3 418,0				<u>21 384,2</u>	
			18		Összevont szakellátás	[563 712,1]			+ 43 370				<u>607 082,1</u>	
			19		Mozgó szakorvosi szolgálat				+ 700,0				<u>700,0</u>	

Megjegyzés: a formanyomtatványon tartalmilag-logikailag összetartozó, részelemeiben egymástól elválaszthatatlan előirányzat-módosítás tüntethető fel (a kiadás növelésével vagy csökkentésével összefüggésben az előirányzathoz kapcsolódó bevétel vagy a támogatás összegét is módosítani szükséges). A kiadásokat, bevételeket és támogatásokat részletező melléklet módosítására irányuló javaslat összefüggésben állhat a törvényjavaslat más mellékleteivel. A részelőirányzatokat, normatívákat tartalmazó mellékletek összefüggésben állhatnak a kiadásokat, bevételeket (támogatásokat) részletező mellékletekkel, továbbá a normaszövegben szereplő rendelkezésekkel.

- Az előzőekben részletezettekkel összefüggésben, a törvényjavaslat 8. számú melléklet III. fejezet első sorának a következő módosítását javaslom:

8. számú melléklet

„III. A TÖBBCÉLÚ KISTÉRSÉGI TÁRSULÁSOK TÁMOGATÁSA

ELOÍRÁNYZAT: [32 979,2] 33 479,2 millió forint”

- Az előzőekben részletezettekkel összefüggésben, a törvényjavaslat 8. számú melléklet III. fejezet 2.3. pontjának a következő módosítását javaslom:

„2.3. A többcélú kistérségi társulások szociális intézményi feladatainak támogatása

Többcélú kistérségi, társulás által fenntartott pszichiátriai és szenvedélybetegek átmeneti otthona

FAJLAGOS ÖSSZEG: 180 000 forint/fő

Többcélú kistérségi, társulás által fenntartott egyéb szociális intézmény

FAJLAGOS ÖSSZEG: 180 000 forint/fő

Intézményi társulás által fenntartott pszichiátriai és szenvedélybetegek átmeneti otthona

FAJLAGOS ÖSSZEG: 75 000 forint/fő

Intézményi társulás által fenntartott egyéb szociális intézmény

FAJLAGOS ÖSSZEG: 60 000 forint/fő”

- Az előzőekben részletezettekkel összefüggésben, a törvényjavaslat 8. számú melléklete 2.4. pont d) alpontjának a következő módosítását javaslom:

„d) Időskorúak, pszichiátriai és szenvedélybetegek, a fogyatékos és demens személyek és a hajléktalanok nappali intézményi ellátása

Többcélú kistérségi társulás által fenntartott intézmény

FAJLAGOS ÖSSZEG: [90 000] 120 000 forint/fő

Intézményi társulás által fenntartott intézmény

FAJLAGOS ÖSSZEG: [30 000] 40 000 forint/fő”

INDOKOLÁS

Az LMP az akut válságban lévő egészségügyi ellátórendszer működésének megőrzéséhez szükséges, valamint a megelőző jellegű, az alapellátást és a védőnői hálózatot erősítő és környezet-egészségügyi intézkedésekhez szükséges forrásokat a társasági adó többletbevételeiből, valamint a cégautók magáncélú használatának megadóztatásából finanszírozza. Mindkét tétel a társasági adó sort gazdagítja.

A Vállalkozások befizetései között a Társasági adó és különadó bevételek soron a törvénytervezet a 2010. évi előirányzathoz képest 247 milliárd forintos bevételkieséssel számol. Az LMP szerint jelenleg nem a jelenlegi gazdasági és költségvetési helyzetben nem megengedhető, valamint társadalmilag nem igazságos a vállalati szféra közteherviseléshez való hozzájárulásának ilyen mértékű könnyítése, ezért indokolt és szükséges a különadóval csökkentett rész visszaemelése.

Magyarországon általánosan elterjedt a cégautók magáncélú használata oly módon, hogy azt cége s költségként számolják el. Így az államháztartás jelentős bevételkiesést szenved el. A módosítás eltörli annak a lehetőségét, hogy a személygépkocsi értékcsökkenési leírása csökkentse az adózás előtti eredményt. A cégautóadó nem sokat javított ezen a helyzeten, sőt a 2010-ben életbe lépett módosítás tovább rontott rajta. A személygépkocsijukat céges tulajdonként üzemeltetők a befizetett adójuk akár többszörösét megtakarítják azáltal, hogy a gépjárművek minden költsége csökkentette a társasági adóalapot. Így valójában az autóhasználatot ösztönző káros támogatást kapnak, mely szerint minél drágább autót üzemeltet valaki, annál jobban megéri azt céges tulajdonban tartani. A Tao tv. itt javasolt módosítása ennek a gyakorlatnak kíván véget vetni azzal, hogy a személygépjárművek amortizációs költségét, üzemanyag-költségét és javítási-karbantartási költségét adóalapot növelő tételként veszi számításba. Ezzel az állam a továbbiakban ilyen módon már nem nyújt közvetlen káros támogatást a személygépkocsit üzemeltető cégeknek.

2. Az egészségügyi kiadások fentiek terhére történő növelésére vonatkozó javaslatok egyes elemei a következők:

2.1. A gyógyítással egyenrangú feladat az egészségügyben a megelőzés. Közép- és hosszú távon ez a befektetés sokszorosán megtérül, elmaradó kiadások és munkában, egészségben töltött életevek formájában. Egy-két népbetegség esetén (pl. hipertónia, COPD, cukorbetegség stb.) egy átlagos beteg ellátása (mentő, kórházi kezelés, műtét, gyógyszerelés, ügyelet, táppénzes napok stb.) sok száz megelőző szűrést finanszíroz – jellemzően csak közép- és hosszú távon, de sok esetben már rövidtávon is. Erről a Szócska Miklós által bemutatott Semmelweis Terv is szól. Az ún. kártyapénz reálértékét meg kell őrizni, s emellett teljesítményarányosan kell díjazni a háziorvosok betegségmegelőző tevékenységét.

2.2. A korai jelzőrendszer tekintetében a későbbi tanulási zavarok, iskolai magatartászavarok elkerülésében is tevékeny részt vállaló védőnőknek kulcsszerepük van. Ők hagyományosan az egészségügyi büdzsében szerepelnek, de egyszerre látnak el közegészségügyi és oktatásügyi feladatot. A védőnői hálózatot teljessé kell tenni, a betöltetlen praxisokat be kell tölteni. A szükséges informatikai fejlesztéseket el kell végezni, hogy a korai jelzőrendszer megfelelően tudjon működni. Minél korábban és minél teljesebb körűen kezdődik meg az arra rászoruló gyerekek fejlesztése, annál jobb eséllyel tudják ledolgozni lemaradásukat, mire iskolába kerülnek.

2.3. Ma Magyarországon a társadalmi-gazdasági háttér mellett a lakóhely határozza meg leginkább az emberek esélyét az egészségre. A területi ellátási egyenlőtlenségek kiegyensúlyozása azt is feltételezi, hogy bizonyos esetekben az egészségügy megy a beteghez (vagy a szűrésre várókhoz), és nem fordítva. Ennek eszköze a mozgó szakorvosi szolgálat.

2.4. Egészséges életmód - tájékoztató kampány indul a rendelőkben, hogy ne csak magazinokból, és gyógyszercégek kiadványaiból tájékozódjanak a beteg és egészséges állampolgárok arról, hogy mit tehetnek egészségük megőrzése érdekében (információs broszúrák kidolgozása, terjesztése). Innovatív egészségnevelési kezdeményezések támogatására is szükség van.

2.5. Az egészséges környezethez való jogot az Alkotmány biztosítja. De ennek a jognak a gyakorlásához az egy-egy lakókörnyezetben jelen lévő környezeti ártalmak és kockázatok (levegő- és zajszennyezettség, ivóvízminőség, talajszennyezés stb.) összességéről tájékoztató komplex, naprakész és részletes, interneten is bárki számára elérhető adatbázisra, információkra is szükség van. Ezt egy országos környezet-egészségügyi térkép tudná biztosítani. Ez csak az első lépése volna a középtávon a környezet-egészségügyet, a betegségmegelőzést középpontba állító új közpolitikai megközelítésnek.

2.6. A mentális egészségügyet három lépésben szerveznénk át. Az OPNI bezárása következtében ellátatlanul maradt betegek kórházi ellátásának megszervezése után erőforrásainkat a kórházon kívüli, közösségi ellátórendszer megteremtésére összpontosítanánk, a már létező hazai és külföldi jó gyakorlatok alapján. Mindeközben pszichológusokat vonnánk be a – létrehozandó – komplex házi orvosi praxisokba, és biztosítanánk a szakpszichológiai tanácsadást az alapellátás részeként. Ezt részben az Egészségbiztosítási Alap fejezet 3.1.1.-es sorának (alapellátás) célzott támogatásával, részben - ugyanott - az aktív pszichiátriai és neurológiai ágyak (kismértékű) növelésével érnénk el. Végül a közösségi ellátási formák, illetve normatívák javára csoportosítanánk át összegeket helyben. Cél, hogy pszichiátriai betegek ne maradjanak ellátatlanul, és hogy a szabályozás a fenti költségvetési tételeken belül a modern közösségi pszichiátriai ellátás felé mozduljon el.

2.7. Az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetése után keletkezett vákuumot be kell tölteni. Ez segíti a betegeket és az ellátókat egyaránt, hogy visszajelzések révén a rendszer működésében óhatatlanul bekövetkező eseti zavarokat megelőzni, elhárítani és korrigálni lehessen. Erről a szándékról a Szócska Miklós által bemutatott Semmelweis Terv is említést tesz.

2.8. A gyógyító-megelőző kassza hosszú évek óta alulfinanszírozott, ez súlyos működési és ellátási zavarokat okoz, amelyeket sürgősen orvosolni kell, a költségvetés nem mehet tovább az elmúlt években kirajzolódott pályán. A cél, hogy a kórházaknak jusson pénz a lejárt beszállítói tartozások kiegyenlítésére, a rendelkezésre álló kapacitások kihasználására, így a várólisták csökkentésére. Igazságossági és hatékonysági szempontból is visszas, hogy a rendelkezésre álló kapacitásokat a kórházak nem tudják kihasználni, nem csökkenek a várólisták. A kórház-finanszírozás javítása nem halasztható.

2.9. A kórházi háttér nélküli járóbeteg-szakrendelések részére a vizsgálatokhoz és szűrésekhez elengedhetetlenül szükséges, ám, többek között az eszközvizsgálatok elmaradása miatt hiányzó diagnosztikai eszközök beszerzése, különösen a hátrányos helyzetű kistérségekben. Ezáltal is enyhíteni lehetne a Magyarországot jellemző egyenlőtlenségeket az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében.

2.8. Rászoruló háziorvosi praxisok ellátása a szűrővizsgálatokhoz szükséges diagnosztikai eszközökkel. Ezeknek számos praxis híján van.

2.9. Az egészségügyben ma már aggasztó mértékű a munkaerőhiány és -elvándorlás. Szakmai konszenzus van a tekintetben, hogy e trend már rövidtávon is fenyegeti a betegellátást. A mégoly fokozatos és differenciált béremelési program megkezdése nem elodázható, négyéves távlatban pedig radikális béremelésre van szükség. Ennek keretében rendezni kell a szakápolók bérét, módosítani kell a közalkalmazotti bértáblát, ki kell dolgozni az orvosi életpályamodellt. A pályakezdők esetében és a hiányszakmákban történő béremelésre milliárdos nagyságrendben kell forrásokat biztosítani. Azonnali bérkorrekcióra van szükség bizonyos kiemelt beavatkozási területeken, ezek a következők: rezidensek, hiányszakmák, akut szakorvos hiány bizonyos fekvőbeteg-ellátó intézményekben. A magyar orvosegyetemek képzési kapacitását meghaladó számú orvos hagyja el évente hivatását, egy részük az országot. Ma már szinte nincs olyan orvosi szakterület, amely nem tekinthető hiányszakmának.

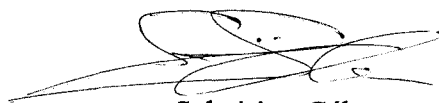
Budapest, 2010. november 18.



Szilágyi László
LMP



Vágó Gábor
LMP



Scheiring Gábor
LMP