



---

ÁLLAMI  
SZÁMVEVŐSZÉK

# J E L E N T É S

a közgyógyellátási rendszer működésének  
ellenőrzéséről

0855

2009. február

---

**2. Államháztartás Központi Szintjét Ellenőrző Igazgatóság**  
**2. 1. Teljesítményellenőrzési Főcsoport**

Iktatószám: V-2005-99/2008.

Témaszám: 903

Vizsgálat-azonosító szám: V0399

**Az ellenőrzést felügyelte:**

**Bihary Zsigmond**  
főigazgató

**Az ellenőrzés végrehajtásáért felelős:**

**Kemény Emil**  
főigazgató-helyettes

**Az ellenőrzést vezette:**

**Winter Zsuzsa**  
osztályvezető főtanácsos

**Az ellenőrzést végezték:**

**Bravics Barbara**  
számvevő gyakornok

**Federics Adrienn**  
számvevő tanácsos

**Ganter Ildikó**  
számvevő

**Kriston-Vizi János**  
számvevő tanácsos

**Dr. Székely Edit**  
számvevő tanácsos

**Tóth Árpád**  
számvevő tanácsos,  
tanácsadó

**Zachár Péterné**  
számvevő tanácsos

---

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEVEZETÉS</b>	<b>9</b>
<b>I. ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK</b>	<b>12</b>
<b>II. RÉSZLETES MEGÁLLAPÍTÁSOK</b>	<b>20</b>
1. A közgyógyellátás szabályozása és szervezete	20
1.1. A közgyógyellátási rendszer átalakítása	20
1.2. A közgyógyellátás szervezete, eljárásrendje, erőforrásai	21
1.3. A közgyógyellátás kiadásai	25
1.4. A közgyógyellátás információs rendszere	31
2. A szociális rászorultság elvének érvényesülése a közgyógyellátási jogosultság meghatározásában	34
2.1. Közgyógyellátás jogcímei	34
2.2. A közgyógyjogosultak száma	36
2.3. A közgyógyellátottak kiadásai közgyógy és egyéb jogcímen	41
2.4. A települési szabályozások	46
3. Az egészségügyi rászorultság elvének érvényesülése a gyógyszerterápiában	53
3.1. A szakhatósági állásfoglalás kialakítása, a gyógyszerkeret meghatározása	53
3.2. A gyógyszerkeret megállapítás ellentmondásai	56
3.3. Az egészségügyi rászorultság ellenőrzése	60
3.4. A betegelégedettség felmérése	61
4. Az egészségügyi rászorultság elvének érvényesülése a közgyógyellátottak gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátásában	62
4.1. Változások az ellátásban	62
4.2. Az árlicit rendszere	64
4.3. A gyógyászati segédeszközök igénybevételének ellenőrzése	65
5. Nemzetközi kitekintés	66

---

## MELLÉKLETEK

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. sz. melléklet   | Észrevétel  |
| 2. sz. melléklet   | Kérdések, kritériumok és adatforrások   |
| 3. sz. melléklet   | Közgyógyellátásra jogosultak száma  |
| 4. sz. melléklet   | Egy állandó lakosra jutó szja alapot képező jövedelem az egyes településfejlettségi kategóriákban   |
| 5. sz. melléklet   | Közgyógyellátásra jogosultak által igénybe vett gyógyító ellátások forrás szerinti bontásban közgyógyellátási jogcímenek és azon kívül (vényforgalom alapján) |
| 6. sz. melléklet   | Közgyógyellátásra jogosultak által közgyógyellátás finanszírozási jogcímenek és azon kívül igénybe vett gyógyító ellátások                                    |
| 7. sz. melléklet   | Közgyógyellátásra jogosultak emelt 90-100%-os jogcímű kiváltásának Tb. támogatása   |
| 8/a. sz. melléklet | Cystas fibrosisban szenvedő beteg gyógyszeres terápiájának beárazása  |
| 8/b. sz. melléklet | Parkinsonos és diabeteses (cukorbeteg) gyógyszeres terápiájának beárazása   |
| 9. sz. melléklet   | Egyes „töltelék” gyógyszerek kiváltásának aránya  |
| 10. sz. melléklet  | A KÖZGYÓGY2005 és a gazdaságos gyógyszerrendelést segítő program logikájából adódó készítményválasztás különbsége   |
| 11. sz. melléklet  | 28-szoros kiszerezésű készítmények térítési díja havi és éves költségkalkuláció esetén  |
| 12. sz. melléklet  | Egyes „VN” jelzésű készítmények eltérő megyei besorolási gyakorlata   |
| 13. sz. melléklet  | Kérdőív összesítő a közgyógyellátási rendszer működésének értékeléséhez (gyógyászati segédeszközök)   |
| 14. sz. melléklet  | Tanúsítványok jegyzéke  |
| 15. sz. melléklet  | Táblázatok jegyzéke   |

---

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁSZ	Állami Számvevőszék
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
Ebtv.	A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény
EU	Európai Unió
ESzCsM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
EüM	Egészségügyi Minisztérium
FPEP	Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár
GYSE	Gyógyászati Segédeszköz
HBCS	Homogén Betegség Csoport
ICSSZEM	Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium
Ket.	A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MEP	Megyei Egészségbiztosítási Pénztár
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGY	Országgyűlés
OGYI	Országos Gyógyszerészeti Intézet
ÖM	Önkormányzati Minisztérium
PM	Pénzügyminisztérium
SZJA	Személyi Jövedelem Adó
SZMM	Szociális és Munkaügyi Minisztérium
Sztv.	A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény
TAJ	Társadalombiztosítási Azonosító Jel
Tb.	Társadalombiztosítás
VirEP	Virtuális Elektronikus Pénztárca

---

## ÉRTELMEZŐ SZÓTÁR

ATC (Anatomical Therapeutical Classification) csoport	A gyógyszerek anatómiai, terápiás, illetve kémiai hatás szerinti osztályozása. [A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 3. § m)]
DDD (Defined Daily Dose)	Napi térítési díj: a térítési díjból az Egészségügyi Világszervezet által meghatározott adott hatóanyagra jellemző napi dózis alapján számított napi költség, amennyiben a DDD nem definiálható, az egységnyi hatóanyagra jutó térítési díj. [A gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól szóló 53/2007. (XII. 7.) EüM rendelet 2. § f)]
Cognos	Az OEP adattárház adatainak standardizált adatfeldolgozási és megjelentetési rendszere.
Eü90 (emelt)	Emelt jogcímen indikációhoz – valamilyen súlyos betegség kapcsán – kötötten rendelhető gyógyszerek és gyógyító ellátások 90%-os támogatása.
Eü100 (kiemelt)	Kiemelt jogcímen indikációhoz – valamilyen súlyos betegség kapcsán – kötötten rendelhető gyógyszerek és gyógyító ellátások 100%-os támogatása.
Gyógyászati segédeszköz	Átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékos-sággal élők természetes vagy mesterséges testfelszíni nyílással rendelkező testüregeiben, testen vagy nem testen viselt, egyedi méretvétel alapján készült, sorozatgyártású vagy adaptív diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs, ápolási technikai eszköz, valamint a kötszer, amely alkalmas arra, hogy a szükséges mértékben elősegítse az ezen állapotban lévők mindennapi életvitelét. [A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 3. § f)]
Gyógyfürdő	Az a létesítmény, amit a természetes gyógytényezőkről szóló rendelet alapján az Országos Gyógyhelyi és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóság annak nyilvánít. [A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 1. § (2) a)]
Gyógyszer	Bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére állítanak elő, vagy azok az anyagok vagy keverékei, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazható. [A közgyógyellátásra jogosult gyógyszerkeretének megállapításához szükséges készítmények kiválasztásának szabályairól szóló 25/2006. (VI. 26.) EüM rendelet 1. § (2) a)]

Gyógyszer helyettesíthetősége	Helyettesíthetők az OGYI által közzétett, egyenértékűnek és a terápia során egymással helyettesíthetőnek minősített, azonos hatóanyagú, hatáserőségű és gyógyszerformájú készítmények. (EüM Gyógyszerészeti és Orvostechnikai Főosztály meghatározása)
Gyógyszerkészítmény	A gyógyszernek a hatóanyagot tartalmazó, általában segédanyagok hozzáadásával kialakított, emberi szervezeten vagy emberi szervezetben való alkalmazásra kész formája.
Járóbeteg-szakellátás	A beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.
Közfinanszírozási ár Közfinanszírozásban részesülő gyógyszer	A támogatás alapját képező ár. Olyan gyógyszer, illetve különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, amelynek árához külön jogszabály alapján a központi költségvetés, illetve az Egészségbiztosítási Alap (a továbbiakban: E. Alap) az arra jogosultaknak támogatást nyújt. [A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 3. § b)]
Közgyógyellátás	A közgyógyellátás a szociálisan rászorult személy részére az egészségi állapota megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásainak csökkentése érdekében biztosított hozzájárulás. [(A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 49. § (1)]
Közgyógyellátás alanyi jogon	Közgyógyellátásra alanyi jogon jogosult az átmeneti gondozott, az átmeneti és tartós nevelésbe vett kiskorú; a rendszeres szociális segélyben részesülő egészségkárosodott; a pénzellátásban részesülő hadigondozott és a nemzeti gondozott; a központi szociális segélyben részesülő; a rokkantsági járadékos; az I., II. csoportú rokkantsági és baleseti nyugdíjas a magasabb összegű családi pótlékban részesülő szülő. [A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 50. § (1)]
Közgyógyellátás normatív alapon	Közgyógyellátásra normatív alapon jogosult az a személy, akinek esetében a havi rendszeres gyógyító ellátásnak az egészségbiztosítási szerv által elismert térítési díja (rendszeres gyógyító ellátás költsége) az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a 10%-át meghaladja, feltéve, hogy a családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem éri el az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegét, egyedül élő esetén 150%-át. [A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 50. § (2)]
Közgyógyellátás méltányosságból	Az a szociálisan rászorult személy jogosult közgyógyellátásra méltányosságból, akinek esetében a

	<p>települési önkormányzat rendeletében meghatározott feltételek fennállnak. Az önkormányzat rendeletében az egy főre számított havi családi jövedelemhatárt úgy kell szabályozni, hogy az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150%-ánál, egyedül élő esetén annak 200%-ánál alacsonyabb jövedelmet, továbbá a havi rendszeres gyógyító ellátás költségének mértékeként az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 25%-át meghaladó összeget jogosultsági feltételként nem lehet előírni; a szociális rászorultság további feltételeit az önkormányzat a helyi viszonyoknak megfelelően szabályozza. [A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 50. § (3)]</p>
Közvetlen kiadás (nem az E. Alapot terhelő kiadás)	A közgyógyellátás keretében rendelt gyógyszereknek a központi költségvetés, illetve az önkormányzati befizetések által – a közgyógyellátásban részesülőtől – „átvállalt” térítési díj. (Forrás: Előterjesztés a Kormány részére a közgyógyellátás átalakításának koncepciójáról, 2005)
Közvetett kiadás	Az Egészségbiztosítási Alapot terhelő gyógyszer-támogatás (Forrás: Előterjesztés a Kormány részére a közgyógyellátás átalakításának koncepciójáról, 2005)
Kvázi beteg térítési díj	A költségvetés (központi költségvetés és önkormányzat) által visszatérített támogatás összege.
Magisztrális gyógyszer	Az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszer-tárban a Magyar, illetve Európai Gyógyszerkönyv vagy a Szabványos Vény minta Gyűjtemény (FoNo) rendelkezései alapján, orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint saját kezdeményezésére készít és a gyógyszer-tár által ellátott betegek kezelésére szolgál. [A közgyógyellátásra jogosult gyógyszerkeretének megállapításához szükséges készítmények kiválasztásának szabályairól szóló 25/2006. (VI. 26.) EüM rendelet 1. § (2) b)]
Meghatározott (fix) összegű támogatás	Az azonos hatóanyagot tartalmazó, azonos beviteli és alkalmazási módú gyógyszerek, illetőleg gyógyszer-csoportok, továbbá meghatározott betegségek (kórképek) kezelésére egyaránt alkalmas termékek esetén alkalmazandó támogatás. A fix támogatás összegét a kiválasztott referenciatermék alapján az adott gyógyszer-csoportra jellemző %-os támogatási kulcs alapján határozzák meg.
Originális termék	Szabadalommal védett hatóanyagot tartalmazó készítmény, a védelmi időszak alatt.
Referencia érték	A referencia árhoz vagy referencia készítmény árához tartozó bruttó támogatási összeg. [A törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet 2. § y)]
Rokkant	Az a munkavállalási korú aktív kereső, akinek munkaképessége – az Orvosszakértői Bizottság véleményezése alap-

	ján – egészségromlás, illetve testi vagy szellemi fogyatkozás miatt legalább 67%-ban, illetőleg szilikózis következtében 50%-ban romlott. I. csoportú rokkant, aki teljesen munkaképtelen és mások gondozására szorul. II. csoportú rokkant, aki teljesen munkaképtelen, de mások gondozására nem szorul. III. csoportú rokkant, aki nem teljesen munkaképtelen.
Százalékos mértékű támogatás	A beszerzési eljárás során elfogadott egyes gyógyszerek általános forgalmi adóval megnövelt fogyasztói árához nyújtott 0, 50, 70, 90, illetve 100%-os mértékű támogatás.
TAJ szám	Az egészségügyi, a szociális és a társadalombiztosítási és a magánnyugdíj rendszerrel kapcsolatos nyilvántartások azonosító kódja a Társadalombiztosítási Azonosító Jel [A személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény 6. § (2)]
Támogatott gyógyszer	Az a forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszer, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) a társadalombiztosítási támogatással forgalmazható gyógyszerek körébe befogadott. [A közgyógyellátásra jogosult gyógyszerkeretének megállapításához szükséges készítmények kiválasztásának szabályairól szóló 25/2006. (VI. 26.) EüM rendelet 1. § (2) f)]
Térítési díj	A társadalombiztosítási támogatás összegével csökkentett fogyasztói ár. [A gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól szóló 53/2007. (XII. 7.) EüM rendelet 2. § e)]
Törzskönyvezett gyógyszerkészítmény TTT (Társadalombiztosítási Támogatási Termék) kód	Megkülönböztető névvel és csomagolással forgalomba hozatalra engedélyezett, alkalmazásra kész készítmény. A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásakor az OEP által adott, a konkrét gyógyszer azonosítását szolgáló 9 számjegyből álló kód. [A gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól szóló 53/2007. (XII. 7.) EüM rendelet 2. § c)]
Vény	A társadalombiztosítás által rendszeresített nyomtatvány, olyan gyógyszerek rendeléséhez, amelynek a közfinanszírozás alapjául, jogszabály által elfogadott árához a járóbeteg-ellátás keretében a társadalombiztosítás támogatást nyújt.
Vényellenőrzés	A társadalombiztosítási igazgatóság által, a gyógyszerterek vényanyagának alaki, számszaki, szabályszerűségi ellenőrzése.



# JELENTÉS

## a közgyógyellátási rendszer működésének ellenőrzéséről

### BEVEZETÉS

A közgyógyellátás egészségpolitikai és szociálpolitikai funkciót egyaránt betölt. A szociálisan rászorultak részére az egészség megőrzésével, illetve a betegséggel összefüggő kiadásokat (meghatározott szolgáltatások területén) kompenzálja részben vagy egészben. Az orvos által egészségügyi okból rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve az orvosi rehabilitáció keretében gyógyfürdőhöz kapcsolódó gyógyászati ellátások beteg által térítendő díját vállalja át a költségvetés, illetve (méltányos jogcímen, a keret 30%-áig) az önkormányzatok.

A „közgyógyszerellátás” támogatása – változó tartalommal – 1942-től<sup>1</sup> része a magyar szociális ellátórendszernek. Az ellátás a 90-es évek közepétől<sup>2</sup> 2006. VI. 30-ig lényegében változatlan feltételek mellett működött.

Az ellátás felülvizsgálatán, az átalakítás modellezésén, valamint a közgyógyellátás bővítésén (elektronikus pénztárca bevezetésével) a szociális, az egészségügyi, a pénzügyi tárcák valamint az OEP együtt dolgozott 2002-től<sup>3</sup>. A Kormány 2095/2005. (V. 27.) számú határozatában döntött a közgyógyellátás átalakításának koncepciójáról az új rendszerre való áttérés időpontja 2006. július 1.

Az Unió országaiban nem ismeretlen az „*ingyen*” gyógyszer fogalma. A térítésmentesség kritériuma lehet életkorhoz kötött, a gyógyszer típusa szerinti, klinikai állapot szerinti, illetve jövedelemhez kötött kategória. Néhány ország maximálja a beteg által fizetett térítési díjat adott időszakra, és az e határ fölötti gyógyszerköltségeket az állam vállalja át. **A magyar közgyógyellátás egyedi**, nem a betegterhet maximálja, hanem az állami támogatás mértékét.

A változtatás céljai részben elvi jellegűek voltak: a rászorultsági elv fokozottabb érvényesítése, a támogatás célzottabbá alakítása, a jogosultsági rendszer igazságosabbá tétele. A kiadások növekedése irányába ható célok voltak, pl. az ellátás minőségének javítása a gyógyszerek körének bővítésével, az adható tá-

---

<sup>1</sup> 1942. évi XII. törvénycikk a városi orvosokról, a községi orvosokról és a körorvosokról, valamint egyes közegészségügyi rendelkezések módosításáról és kiegészítéséről.

<sup>2</sup> A gyógyfürdő ellátások 1975-93 között nem tartoztak a közgyógyellátás körébe.

<sup>3</sup> 2356/2002. (XI. 28.) Korm. határozat Az Egészségbiztosítási Alap 2003. évi gyógyszer-támogatási előirányzatának betartásáról (3 .pont.).

mogatás mértékének emelésével. A támogatások csökkentése irányába mutatott pl. a fogyasztás kontrollálásának a megoldása, az OEP és a gyógyszertárak közötti on-line kapcsolaton alapuló, a közgyógyellátottak egyéni gyógyszerkezelésének nyilvántartására és ellenőrzésére alkalmas rendszer létrehozása; a viszszaélések szankcionálása és nem utolsó sorban az ellátás tervezhetősége. Elmaradt az elvekben megfogalmazott célok pontos meghatározása.

A közgyógyellátást a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban: Sztv.) szabályozza. 2006. július előtti időszakban a közgyógyellátottak mind gyógyszer, mind gyógyászati segédeszköz – és gyógyfürdő ellátások területén, miniszteri rendeletekben meghatározott „listán” felsorolt termékek, szolgáltatások közül választhattak. A törvény 2006. évi módosításának lényege a jobb minőségű ellátás biztosítása fokozott kontroll mellett. A „gyógyszerlista” megszűnt, hozzáférhetővé vált a teljes gyógyszerválaszték a legalacsonyabb napi terápiás támogatási szinten, az állami támogatás egy hónapra jutó összegét személyre szabottan meghatározzák, nagyságát éves szinten maximálták (150 ezer Ft/fő). A gyógyászati segédeszközöket és gyógyfürdő szolgáltatásokat továbbra is „listáról” lehet rendelni. Az új rendszerre az áttérés 2006. július 1-jétől, mintegy 532 ezer közgyógyjogosultság teljes felülvizsgálatát és új típusú „keretes igazolvánnyal” ún. virtuális elektronikus pénztárca bevezetését jelentette 2007. június 30-ig. Az igazolvány csere a tervezettnél később, 2007 októberében fejeződött be, ekkor az ellátottak száma 398 ezer<sup>4</sup> fő volt. (Az ellátottak száma ezt követően is folyamatosan tovább csökken.)

A közgyógyellátás rendszerének átalakítása a ráfordítások 12,5%-os növekedését eredményezte. 2005-2008 között 52,3 Mrd Ft-ról 58,8 Mrd Ft-ra<sup>5</sup> emelkedik az E. Alap, a központi költségvetés és az önkormányzatok együttes kiadása.

Az ellenőrzés célja annak értékelése volt, hogy

- célzottak-e a közgyógyellátási rendszer támogatásai;
- érvényesül-e a rászorultság elve;
- kiszámítható, tervezhető, értékálló-e a közgyógyellátás finanszírozása;
- áttekinthető-e a források elosztása és felhasználása.

Az értékelést nehezítette, hogy a közgyógyellátás régi és új rendszere 2006. július 1. és 2007 októbere között párhuzamosan működött. Az új rendszert bevezetése óta többször módosították, és a Konvergencia Programban megfogalmazottaknak megfelelően jelentős átalakítást hajtottak végre a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő ellátások támogatási rendszerén.

A közgyógyellátásról az ÁSZ teljesítmény-szemléletű ellenőrzést még nem végzett. Az ellenőrzés szempontjainak megalapozására összeállított kritériumokat a 2. sz. melléklet tartalmazza. Az ellenőrzés a 2005 – 2008. VI. 30. közötti idő-

---

<sup>4</sup>Forrás: OEP Cognos információs rendszer.

<sup>5</sup> A 2008. I. félévi adatok alapján számított várható érték, 2007-ben a tényadat 52,5 M Ft volt.

szakra irányult, de az egyeztetési folyamat lezárásáig figyelemmel kísértük a változásokat. A vizsgálatot teljesítmény-ellenőrzési módszerrel végeztük.

Helyszíni ellenőrzést az Egészségügyi Minisztériumnál (EüM), a Pénzügyminisztériumnál (PM), a Szociális és Munkaügyi Minisztériumnál (SZMM), az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál (OEP), és a Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztárnál (FPEP) végeztünk. Helyszíni interjúkat készítettünk Budapest VIII., IX., XIII., XIV. és XXI. kerületi önkormányzatoknál. Tájékoztatásul a jelentést megküldtük az Önkormányzati Minisztériumnak (ÖM).

Kérdőíveket küldtünk ki 70 polgármesteri hivatalhoz. A települések kiválasztását a Központi Statisztikai Hivatalnál (KSH) 2005-ben végezett 17 mutatós település fejlettségi vizsgálat adataira alapoztuk.

A közgyógyellátással összefüggő feladatellátásról házi orvosnak kiküldött kérdőívvel gyűjtöttünk adatokat. A közgyógyellátottak ügyfél megelégedettségét patikákban kitöltött kérdőív, és gyógyászati segédeszköz átadási helyekről beérkezett kérdőív alapján értékeltük.

Az ellenőrzés végrehajtására az Állami Számvevőszékről szóló 1989. évi XXXVIII. törvény 2. §-ának (3), (5) és (9) bekezdéseinek rendelkezései adtak alapot.

A jelentést egyeztetésre megküldtük az egészségügyi miniszternek. Észrevételét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

## I. ÖSSZEGŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

2005-2008 között a közgyógyellátás rendszerének átalakítása eredményeként elektronikus kártyára cserélték, azonosították és határozott időre érvényesítették az összes ellátásban részesülő igazolványát. A vizsgált időszak alatt a közgyógyellátásban részesülők száma **539 ezer főről 337 ezer főre csökkent** (3. sz. melléklet). Az E. Alap, a központi költségvetés és az önkormányzatok együttes **ráfordítása 52,3 Mrd Ft-ról** – két év stagnálás után – **58,8 Mrd Ft-ra<sup>6</sup> emelkedett**. A támogatás emelkedésének oka, hogy 2007. január 1-jétől a „*gyógyszergazdaságos törvény*”<sup>7</sup> megszüntette a térítésmentességet a társadalombiztosítás keretében, a 100%-os támogatással rendelhető készítmények után 300 Ft dobozdíjat kell fizetni, amelyet a közgyógyellátottak esetében a költségvetés visel. **A közgyógyellátás kiadásai között így elszámolásra kerül az a 100%-os társadalombiztosítási támogatás is mely 2007. évet megelőzően nem tartozott oda.** A támogatás növekedésében szerepe van az emelt (Eü 90) támogatással rendelhető és a közgyógyellátásban elérhető gyógyszerkészítményeknek is.

**A központi költségvetési támogatás** funkciója a jogosultak betegterítési díjának átvállalása (évente meghatározott mértékig), az SZMM költségvetésében önálló előirányzatként szerepel. A vizsgált időszak alatt a támogatás 19,6 Mrd Ft-ról közel **20,6 Mrd Ft-ra emelkedett<sup>8</sup> (5%)**.

**Az E. Alap** gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő szolgáltatásainak kiadása **10%-os csökkenést mutat** 2005-2008 között (397,8 M Ft-ról 358,7 M Ft-ra a 2008. I. félévi teljesítés alapján), míg a **közgyógyellátás kiadása látszólag mintegy 27%-kal emelkedett** (29,3 Mrd Ft-ról 37,1 Mrd Ft-ra). **A látszólagos növekedést** a közgyógyellátottak Eü 90-es és Eü 100-as jogcímű gyógyszerfogyasztásának ezen a jogcímen történő elszámolása okozza. Ez korábban nem ebben a tételben, hanem a közgyógyellátáson kívül jelent meg.

**Az önkormányzatoknak<sup>9</sup>** a méltányos jogcímen kiadott igazolványok után a közgyógyellátott gyógyszerkeretének 30%-át be kell fizetni az E. Alapba.<sup>10</sup> A

---

<sup>6</sup> A 2008. I. félévi adatok (29,4 Mrd Ft) alapján számított várható érték, 2007-ben a tényadat 52,5 Mrd Ft volt (adatok részletesen 1/b táblázatban)

<sup>7</sup> A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. tv.

<sup>8</sup> A 2005. évi 19 634,0 M Ft-ról, 2008-ra 20 572,0 M Ft-ra, mellyel a tervezett éves előirányzatot (20 800,0 M Ft) nem meríti ki.

<sup>9</sup> A központi költségvetésből a helyi önkormányzatok pénzbeli szociális juttatásokra – ezek között a közgyógyellátásra – normatív hozzájárulásban részesülnek.

<sup>10</sup> A régi rendszerben az önkormányzati befizetés alapja évente, igazolványonként a mindenkori öregségi nyugdíj 75%-a volt, a befizetés egységessége megszűnt.

**fizetendő hozzájárulás alapja emelkedett** (maximum 45 ezer Ft/fő) ugyanakkor **az önkormányzatok összes befizetése csökkent** (a 2005. évi 3,3 Mrd Ft-ról 2008-ra 2,0 Mrd Ft-ra). Az önkormányzatok befizetési kötelezettségének **hozzáférést befolyásoló szerepe van**. A „keretes” rendszer az önkormányzatok számára **drágává és nehezen tervezhetővé alakította az ellátást**. Következésképpen **a méltányos jogcímen ellátottak közel 60%-os csökkenése figyelhető meg**. **A befizetések nyomán követésére országosan egységes nyilvántartás nem áll rendelkezésre**, ennek kivitelezéséhez szükséges forrásokkal az OEP nem rendelkezik.

A **betegterítési díjak** (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő) **összességében is (9,4 Mrd Ft-ról 3,8 Mrd Ft-ra) és az egy ellátottra jutó összege is csökkent**, ugyanakkor a gyógyfürdő és gyógyászati segédeszközök terén emelkedett (bővebben 2.3 pontban).

A **közgyógyellátás** folyamatát, az igénybevételéhez szükséges igazolvány kiváltásának rendjét az Sztv.-hez kapcsolódó Kormányrendelet<sup>11</sup> újraszabályozta. Az eljárás megváltoztatásának célja a fokozott ellenőrizhetőség, a személyre szabott, rászorultság alapú ellátás érvényesítése volt. A MEP-ek az eljárás új és egyben központi szereplőivé váltak, felváltva a korábbi rendszerben szereplő gyógyszerárakat. A MEP-ek ún. szakhatósági állásfoglalás keretében „*árazzák be*” a gyógyító ellátásokat (keret megállapítás), aminek értéke meghatározó a jogosultság megszerzésében és a támogatás nagyságában. A jegyző a MEP beárzása alapján határozatban dönt, jogcímenként eltérő szabályok alapján a jogosultságról és a támogatási keret összegéről. **Az átalakításkor figyelembe vették az adatvédelmi biztos ajánlását a vagyoni és szociális helyzetre vonatkozó adatok elhatárolásának követelményét**. Az új törvényi szabályozásra alapított ügyintézési folyamat **túlbürokratizált, a résztvevőknek – az igénylő, a házi orvos, az önkormányzat és a MEP – átláthatatlan döntési pontokat tartalmaz**.<sup>12</sup> **Kiszámíthatatlan és tervezhetetlen mind a jogosultság megszerzése, mind a támogatás mértéke**.

A **közgyógyellátás működtetésének** OEP-et, MEP-eket terhelő **költsége igen magas**, a 2005. évi 236,7 M Ft-ról 2007-re 2,4 Mrd Ft-ra emelkedett.<sup>13</sup> 2007-ben a közgyógyellátás központi költségvetési támogatása 19,9 Mrd Ft volt, azaz ennek elosztása kizárólag az E. Alapot terhelő költsége a támogatás 12%-a. Összehasonlításként, az E. Alap működési és ellátási kiadásának aránya 2007-ben 1,4% volt.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet a pénzbeli, természetbeni, szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól.

<sup>12</sup> Az SZMM álláspontja szerint „A számos követelménynek való egyidejű megfelelés kényszerre természetes módon vonta maga után a bonyolultabb, s minden elemében szabályozott végrehajtási rend kialakítását.”

<sup>13</sup> A 2008. évi kiadás várhatóan megegyezik a 2007. évi ráfordításokkal.

<sup>14</sup> Az SZMM álláspontja szerint a szociális ellátások működtetési költségeihez kell viszonyítani, erre vonatkozóan azonban nem áll rendelkezésre adat.

A vizsgált időszak alatt az **OEP közgyógyellátással kapcsolatos** feladatellátásának **bér- és járulék kiadásai 2005 évi 154 M Ft-ról 1,7 Mrd Ft-ra, a dologi kiadások 67,9 M Ft-ról 446,7 M Ft-ra emelkedtek.**<sup>15</sup> Az ellátási kiadásokból fedezett postaköltség ötszörösére emelkedett.

A közgyógyellátási rendszer **átalakítását segítette az ún. VirEP informatikai rendszer**, ami nyilvántartja a jogosultak keretét, negyedévente feltölti az elektronikus pénztárcát, a patikák és az OEP között on-line ellenőrzi a TAJ számot és közgyógyigazolvány érvényességét. A rendszer jól működik, kontrollfunkciókkal tovább bővíthető, és ezen a felületen valósul meg a minden receptre kiterjedő jogviszony ellenőrzés. Alapvető ellentmondás, hogy az Sztv. minden lakosra vonatkozik, míg az E. Alap ellátásai csak a biztosított jogviszonnyal rendelkezőkre. Ha biztosítatlan kérelmező fordul a háziorvoshoz, illetve a patikához, akkor mindkét szolgáltató teljesíti az ellátást, de a szolgáltatás pénzügyi rendezése jogilag és a gyakorlatban is megoldatlan. Számosan azért kerültek be az ellátásba, mert közgyógyellátási igényük kapcsán a MEP-nél derült ki a biztosítottságuk hiánya. Ezeket az eseteket a MEP-ek és az önkormányzatok közösen kezelik.

Az OEP belső fejlesztéssel létrehozta a KÖZGYÓGY2005 programot, amely 2006. július 1-jén az új közgyógyellátási rendszer indulását már támogatta. A közgyógyellátási rendszer informatikai korszerűsítésére a 2005-2006. években összesen 549,4 M Ft-ot fizettek ki.

A **közgyógyellátásra jogosultak** – érvényes igazolvánnyal rendelkezők – **száma** a „revíziók” következtében **folyamatosan csökkent**: a 2005. év végi **539 ezer fő**ről 2008. I. félév végére **337 ezer fő**re. Az ellátás három jogosultsági típusára az „igazolványcsere” különböző mértékben hatott.

1. számú táblázat

Közgyógy jogosultak száma				
Dátum	Alanyi	Normatív	Méltányos	Összesen
2005. XII. 31.	274 965	89 739	174 504	539 208
2006. VI. 30.	267 411	86 833	178 313	532 557
2008. VI. 30	206 141	58 332	72 690	337 163
2005-2008 %-ban	-25%	-35%	-58%	-37%

Forrás: OEP Cognos

A méltányos jogcímű igazolványok száma csökkent az önkormányzati hozzájárulások megemlése miatt. A helyhatóságok költségvetésük védelme érdekében a helyi szociális rendeletekben anyagi és szociálpolitikai megfontolásokból eltérő jogosultsági szabályokat léptettek életbe. A méltányosságból megállapítható ellátás feltételei bizonyos korlátozással, az Sztv.-ben rögzített határok betartása mellett, az önkormányzatok által alakíthatóak.

<sup>15</sup> Az emelést úgy valósították meg, hogy közben a szervezet létszáma országosan 828 fővel csökkent a kötelező leépítések miatt.

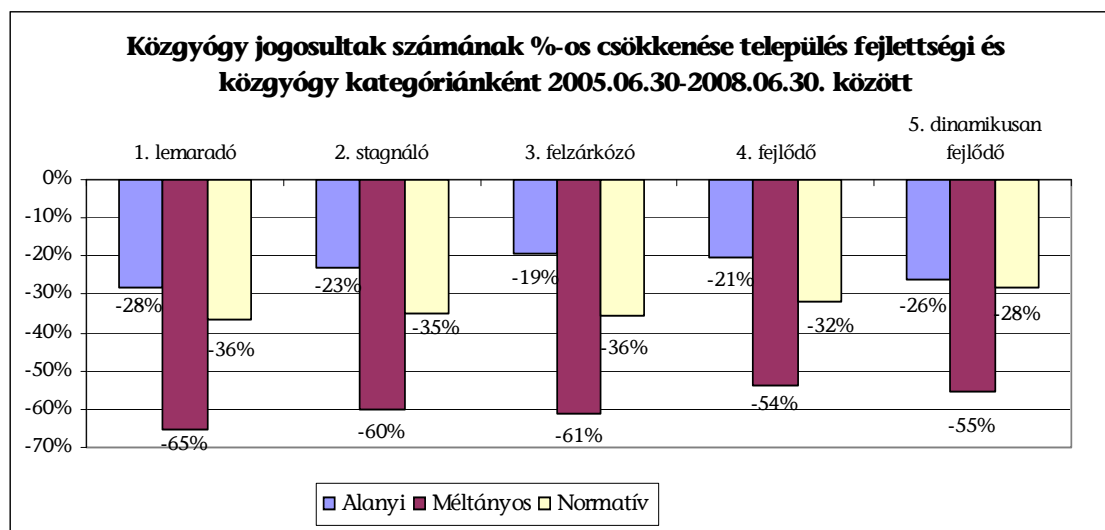
Az ellenőrzés a települések „gazdagságát” a Központi Statisztikai Hivatalnál (KSH) 2005-ben végezett 17 mutatós település-fejlettségi elemzés adataira alapozta. Az elemzés az ország településeit sorolja be, a társadalmi, gazdasági és infrastrukturális fejlettségük/elmaradottságuk alapján 5 kategóriába: 1. lemaradó; 2. stagnáló; 3. felzárkózó; 4. fejlődő; 5. dinamikus fejlődő.

A települések gazdagsága tükröződik a helyi szabályozásban, és a gazdagabb településeken az átlagnál magasabb jövedelemre és alacsonyabb gyógyító ellátási költségre is megadhatják az ellátást. Méltányos jogcímen az ellátáshoz való hozzájutás az ország legszegényebb besorolású településein mind a helyi jogszabályok alapján, mind az elutasítások számából ítélve nehezebb, mint az ország más településein. A 70 településnek kiküldött kérdőívre adott válaszok alapján a dinamikus fejlődő és a lemaradó települések között kétszeres a különbség az ellátáshoz való hozzáférésben.

Az ellátásból való kiszorulás ugyanakkor bármilyen településtípuson előfordulhat, ahol az önkormányzati szabályozás szigorú korlátokat állít. Az elutasítottak létszáma háromszor nagyobb a „lemaradó” településeken, mint a többi helyen.

Hasonló tendenciát mutat az igazolvány szám alakulása is. A méltányos igazolványoknál a „dinamikus fejlődő” településeken 2005-ben 230, 2008-ban 103 db a 10 000 ezer lakosra jutó igazolványok száma, ami jelentősen meghaladja a minden más település-fejlettségi kategóriában szereplő igazolványszámot.

1. számú grafikon



Az 1. sz. grafikon a 2005 és 2008 közötti 10 000 lakosra jutó igazolvány szám csökkenést mutatja. Látható, hogy a méltányos és a normatív kategóriában a gazdagabb települések esetén kisebb mértékben esett az igazolvány szám, mint a lemaradó településeken. Azaz a **dinamikus fejlődő és lemaradó települések lakosai közötti hozzáférési különbség emelkedett**, a lemaradó településeken **a rendszer átalakítása tovább rontotta a szociális rászorultság elvének érvényesülését**.

**A közgyógyellátás gyógyszer szolgáltatásában 2006 júliusától paradigmaváltás következett be.** 2006 júliusáig 705 felírható, ún. listán szereplő gyógyszerből mennyiségi és pénzügyi korlát nélkül – a kezelőorvos rendelésének megfelelően – válthattak ki készítményt az igazolvánnyal rendelkezők. **A váltás nyomán a korábbi térítésmentességet egyénre szabott, korlátozott összegű hozzájárulás, ún. gyógyszerkeret váltotta fel.** A maximálisan adható támogatás összegét, krónikus betegségre havi 12 ezer Ft-ot és eseti megbetegedésre évi 6 ezer Ft-ot (azaz évente legfeljebb 150 ezer forintot), 2006. július 1-jétől határozták meg azzal a kitételrel, hogy az Országgyűlés évente a költségvetési törvényben módosíthatja. A gyógyszerkeret pénzügyi és mennyiségi korlátot is jelent, és **a közgyógyellátás eltérő jogcímein más-más<sup>16</sup> gyógyító ellátási költséget kell igazolni ahhoz, hogy az igénylő közgyógyellátási igazolványhoz jusson.** Alanyi jogcímen 0 Ft-os gyógyszerköltséggel is lehet igazolványhoz jutni, de ekkor nem rendelkezik az ellátott havi gyógyszerkerettel.

**A régi közgyógyellátási rendszerben költségvetési támogatási rész** (az elvi térítési díj) **megközelítőleg fejenként havi 3,5 ezer Ft volt, amely az új rendszerben megduplázódott** (7 ezer Ft-ra). 2007. január 1-jétől a havi 12 ezer Ft-os keretet a támogatáskiáramlás szűkítése céljából – a Sztv. módosításával – háziiorvosi és szakorvosi 6-6 ezer Ft-os<sup>17</sup> keretre osztotta a jogalkotó. A korlátozó intézkedés hatására 2007 I. félévében a havi keret 6 ezer Ft-ra, majd II. félévében havi **5 ezer Ft-ra mérséklődött** az egy főre jutó átlagos havi keretösszeg, amely 2008-ban is ezen a szinten **maradt**.

**A megállapított keretnek** a jogszabály<sup>18</sup> szerint az igénylő tartós betegségeinek kezeléséhez szükséges rendszeres gyógyszerkészletségletén kell alapulnia, ezért az igénylő lapon megnevezik (BNO) a betegségeket. Az igazoláson szerepelhetnek nem tartós betegséghez szükséges készítmények is, amelyek ára szintén szerepet játszik a gyógyszerkeret kialakításában. A MEP-eknek kiadott eljárásrend<sup>19</sup> értelmében a gyógyító ellátások elismert költségeinek meghatározása **során a szakhatóság nem bírálja felül** a háziiorvos gyógyszerelését, azaz **nem gyakorol szakmai kontrollt**, ezért tevékenysége nem ad szakmai hozzáadott értéket a beteg terápiájának megállapításához és az Sztv. céljainak megvalósításához.

**A MEP** a gyógyító ellátások elismert költségeinek meghatározása során **nem rendszerszerűen, folyamatba építetten ellenőrzi az igénylő betegsé-**

---

<sup>16</sup> Alanyi jogcímen elegendő 1000 Ft-ot igazolni, normatív esetében 2850 Ft-ot, méltányos ellátásnál a helyi szabályozástól függően 0-7125 Ft között mozog a jogszabályi határ.

<sup>17</sup> Az OEP Gyógyszerügyi Főosztálya által készített jelentés szerint a szakmai érvek, az egészségügyi rászorultság nem ilyen arányú megbontást támasztana alá. „Az alsó és a felső keret szétválasztása a kevésbé szükséges gyógyszerekre 4 ezer Ft-os limitet, az életfontosságú készítményekre 8 ezer Ft-os limitet javasol.”

<sup>18</sup> A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 50. §.

<sup>19</sup> Eljárásrend a közgyógyellátottak gyógyszerkeretének megállapításáról, a szakhatósági állásfoglalás elkészítéséről és a közgyógyigazolvány kiadásáról – 2007. február 20. V.3. verzió.

geit és azok kezeléséhez szükséges gyógyszereket, hanem egyedileg, erőforrástól függően és esetlegesen.

**A keretmegállapítás** a háziorvosi igazoláson szereplő gyógyszerekből indul ki, de az eljárás több „értékcsökkentő, keretlevágási” mechanizmust alkalmaz, amelyek bonyolulttá és **a beteg, valamint a háziorvos számára kiszámíthatatlanná** teszik az eljárást, a leendő támogatást.

Az alábbi mozzanatok nehezítik a tisztánlátást:

- **A közgyógyellátás „beárazó programja” a KÖZGYÓGY2005 program, és a gazdaságos gyógyszerrendelést segítő vényíró program nem azonos elveken működik.** Míg az utóbbit ismerik a háziorvosok, mert ott van a számítógépeiken, addig a KÖZGYÓGY2005 program nem közismert (OGYI gyógyszer rendelkezési kategória), mert csak a MEP gépein fut, a háziorvosokén nincs és számos pontját „kézivezérléssel”, az ország különböző pontján különböző felfogás szerint, eltérően működtetik. **Nincs egységesen, jogszabályban rögzítve a keretszámítás minden részlete.** Pl. a háziorvosi és a szakorvosi 6+6 ezer Ft-ba tartozó gyógyszerek egy része „kézi” beárazású. Számos készítményt mind háziorvos, mind szakorvos rendelhet, de ezek támogatási kategóriába sorolása országosan nem egységes, ami egyes betegségek esetén a biztosító finanszírozási elveivel és a beteg érdekeivel ellentmondó eredményre vezet. A „keretlevágások” az igazán súlyos és drága betegséggel (vagy több egyidejűleg fennálló súlyos betegséggel) élő betegeket érintik hátrányosan. A rendszer előnyösebb az általában olcsó kezeléssel járó betegségekénél. **A keretlevágások következtében korlátozottan érvényesül a rendszer egészségügyi szempontú célzottsága.**
- **Nem azonos elvű** a KÖZGYÓGY2005 és az általános gyógyszertámogatási programban a „legolcsóbb terápia” kiválasztása, mert a KÖZGYÓGY2005 a havi kúraköltség alapján, míg a gyógyszertámogatási program **a napi terápiás költség** és a referencia termék alapján jelöli ki a „legolcsóbb” készítményt, ezért vagy felül, vagy alul árazza be a beteg által szedett készítményeket.
- A közgyógyellátás terhére **a 0%-ban** (azaz nem) **támogatott termékek** (pl. vitaminok) **a teljes ár erejéig vesz részt a gyógyszerkeret meghatározásában pedig a „a beteg számára nem hoz olyan egészségnyereséget, hogy a biztosító valódi támogatást nyújtson ezekhez a termékekhez.** A források hatékony felhasználásának szükségszerűsége indokoltá teszi, hogy azokhoz a gyógyszerekhez, melyhez a biztosító nem ad egyetlen forint támogatást sem, ahhoz a szociális rendszer se segítsen hozzájutni.”<sup>20</sup> Az ÁSZ véleménye megegyezik az OEP álláspontjával. 2008. I. félévében a központi költségvetés 2,7 Mrd Ft támogatást nyújtott ezekhez a termékekhez közgyógy jogcímen. (Éves szinten a költségvetési támogatás 25%-át). A 0%-os termékek háziorvosi igazolása, azaz keretbe való beszámítása döntő lehet a jogosultság megszerzésében és nagyságának meghatározásában.

<sup>20</sup> A „keretes” közgyógyellátási rendszer tapasztalatainak kritikai értékelése, OEP Gyógyszerügyi Főo. 2008. 47. o.

Az egyéni **gyógyszerkeretből keletkeznek maradványok**, azaz a betegek a számukra elismert gyógyszerköltségnél kevesebb értékű gyógyszert váltanak ki. **A 2008. I. félévében lejárt közel 208 ezer igazolványon mintegy 5,3 Mrd Ft (33%) megmaradt.** Ez azt bizonyítja, hogy a gyógyszerkeretben megállapított és a kiváltott gyógyszer mennyiség között jelentős eltérés van. Egyes készítmények esetében a keretmegállapítás során számított gyógyszer mennyiség 2-3 szorosa a kiváltott mennyiségnek.

A támogatásba beszámítható **gyógyászati segédeszközök** számát **30%-kal szűkítették, de továbbra is a jogszabályban meghatározott listáról rendelhetőek.** Az Sztv. módosításának hatására a **2005. évi 11,4 Mrd Ft-ról 2008-ra 6,6 Mrd Ft-ra csökkent a központi költségvetési támogatás.** A fogyasztói ár és a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár „közgyógyár” közötti különbséget a betegnek kell térítenie, mivel csak a termék közfinanszírozás alapjául elfogadott árának 100%-áig lehet térítésmentességet nyújtani. 2005-2006. I. félévben (a régi rendszerben) a közgyógyellátás a teljes fogyasztói árat térítette meg, amely meghaladta a közfinanszírozás alapjául elfogadott árat.

A gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátásokban fenti intézkedéssel **megszűnt az ingyenesség. A betegek térítési díjként** a 2005. évi teljes térítésmentességet követően 2006. II. félévében 104,3 M Ft-ot, majd **2007-ben összesen 140,8 M Ft-ot fizettek ki.**

2007 márciusára alakították ki azt a kormány-, illetve tárcaszintű szabályozást, amely harmonizált a gyógyszer-gazdaságossági törvénnyel. Az árlicit során alkalmazott szabályozás nem ösztönöz árversenyre. A módszer a szállítók valódi árversenyét korlátozza úgy, hogy a forgalmazói árajánlat nyilvánosságra hozatala utáni legális igazodási lehetőséget teremt.

A termékek **kihordási időkorlát**on belüli újra-felírását **nem ellenőrzi az OEP vényelszámolásokra alkalmazott (BÉVER) rendszere.** A BÉVER rendszert felkészítették erre a feladatra, azonban nem vették használatba ezt a funkciót. **Finanszírozási kockázatot jelent, hogy a közgyógyellátásban több fél – a gyártó, a forgalmazó, a páciens – egyaránt érdekelt az eszközök előírtnál gyakoribb cseréjében.** Az eszközök befogadási rendszere a minél olcsóbb termékek támogatásba fogadására ösztönöz. A kihordási idők figyelemmel kísérésének hiányában a finanszírozó nehezen képes megítélni az olcsóbb – gyakran kevésbé tartós – eszközök alkalmaságát.

A rövidebb élettartamú, jellemzően **egyszer használatos eszközök** (kötszerek, inkontinencia eszközök stb.) betegenkénti **felhasználásait célvizsgálatokkal**, korlátozott ellenőri kapacitásokkal ellenőrzi az OEP, illetve a MEP-ek.

**Összességében a közgyógyellátás rendszere az átalakítás után célzottabbá vált** az egyénre szabott gyógyszerkeret bevezetésével, **de eltérőek a hozzájutás feltételei és a rászorultsági elv is eltérően érvényesül.** Az egyes jogcímeiken eltérő gyógyító ellátás költséget kell igazolni; a település gazdagsága befolyásolja a méltányos közgyógyigazolványhoz való hozzáférést; az azonos gyógyszeres terápia nem feltétlenül vezet azonos gyógyszerkerethez.

Ezért **a rászorultsági elv nem érvényesül egyöntetűen. A résztvevők számára a gyógyszerkeret megállapítása és a kártyához jutás feltételei nem átláthatóak.**

**Az átalakítás céljai csak részben teljesültek.** Bővült a beszerezhető gyógyszerek köre, csak az egyénre szabott gyógyszer szükséglet támogatott, az egyéni gyógyszerkeret bevezetésével célzottabbá vált, megvalósult az egyéni gyógyszerkeret nyilvántartása és a jogosultság folyamatos ellenőrzése. Ugyanakkor nem valósul meg a betegek gyógyszeres terápiájának betegség alapú biztosítói kontrollja. **A rászorultsági elv a kitűzött célokkal ellentétben kevésbé érvényesül, így nem valósult meg a rendszer igazságosabbá tétele.**

**A jelenlegi rendszerben működő fékek mellett az E. Alap és a központi költségvetés terheit a tervezett keretek között tartották.** Az **önkormányzatok számára** az új rendszerben **kevesbé tervezhető** a méltányossági közgyógyigazolvány után befizetendő összeg.

A sokszereplős adminisztráció működési költsége tízszerese az OEP működési költségének.

**Az új közgyógyellátási rendszer bonyolultan, drágán, hosszú átfutási idővel, a szociális rászorultság nem egységes kritériumok alapján történő figyelembevételével, a felhasználás alacsony szintű ellenőrzése mellett átláthatatlanul működik.**

A helyszíni ellenőrzés megállapításainak hasznosítása mellett **javasoljuk:**

#### **a Kormánynak**

1. A végrehajtási tapasztalatok ismeretében tekintse át, hogy miként lehet a tényleges rászorultsághoz igazítani az ellátás mértékét és egységesebbé tenni a jogosultság szempontrendszerét.
2. Kezdeményezze az adatvédelmi és a szociális törvényi szabályozás felülvizsgálatát annak érdekében, hogy az eljárás összehangoltabb, egyszerűbb és átláthatóbb legyen, valamint a működési költségek csökkenjenek.
3. Vizsgálja felül és módosítsa az eljárás rendet annak érdekében, hogy az egészségbiztosító által ismert tényadatok és a gyógyszer-támogatási elv együttes figyelembe vétele alapján határozza meg a közgyógyellátáshoz jutás feltételeit.

#### **az egészségügyi miniszternek**

1. Vizsgálja meg, hogy – az indikációhoz kötöttek kivételével –, megszüntethető-e a nulla százalékban támogatott gyógyszerek közgyógyellátás keretében történő rendelkezési lehetősége.
2. Tegye hatékonyabbá a közgyógyellátottak gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelési biztosító általi szakmai ellenőrzését.

## II. RÉSZLETES MEGÁLLAPÍTÁSOK

### 1. A KÖZGYÓGYELLÁTÁS SZABÁLYOZÁSA ÉS SZERVEZETE

#### 1.1. A közgyógyellátási rendszer átalakítása

A közgyógyellátás szabályozásában az Sztv. a jogosultság három típusát, alanyi, normatív<sup>21</sup> és méltányos jogosultságot állapít meg szociális és egészségügyi rászorultsági kritériumok alapján. Kettős feltételt (a jövedelem és a gyógyító ellátás költsége) a normatív és a méltányos kategóriáknál határoz meg a szabályozás. Az alanyi jogosultaknál a szociális rászorultság nem alapul közvetlen jövedelem vizsgálaton, hanem más szociális vagy egészségügyi (pl. I.-II. csop. rokkant) ellátásokhoz kapcsolódik. Az évtizedek óta változatlan rendszer sok problémát hordozott, visszaélésekre, az ellátások jogosulatlan igénybevételére adott lehetőséget, reformja már 2002-től napirenden volt. Felülvizsgálatával az átalakítás lehetséges módjával a szociális, az egészségügyi, a pénzügyi tárcák és az OEP együtt foglalkozott.

A jogszabály közgyógyellátásra vonatkozó tartalmának módosítása 2006. július 1-jei hatállyal lépett életbe. Az előkészítő munka során 12 előterjesztés született a közgyógyellátás átalakításáról 2004 márciusától a tényleges 2006 júliusi bevezetésig.

Az átalakítást szükségessé tette, hogy a szociális tárca szerint nem esett egybe az egészségügyi és szociális rászorultság, a rendelhető gyógyszerkört korszerűtlennek és szűknek ítélte meg. Nagyszámú érvénytelen igazolvány volt forgalomban, amelyeknél a jogosultság nem állt fenn, elégtelen volt az ellenőrzés, valamint, a központi költségvetés, az önkormányzat és a Tb. támogatás kiáramlása növekvő és tervezhetetlen volt.

A közgyógyellátási rendszer átalakításának kormány- előterjesztés szerinti céljai voltak: a jogosultak által beszerezhető gyógyszerek körének bővítése; ezzel egyidejűleg annak biztosítása, hogy a közgyógyellátott csak a saját szükségletének megfelelő mennyiségű gyógyszert tudja beszerezni; a szociális ellátásokról szóló törvény módosításával a jogosultsági rendszer igazságosabbá tétele; a rászorultsági elv fokozottabb érvényesülése; a támogatás célzottabbá válása; az OEP és a gyógyszertárak közötti on-line kapcsolaton alapuló, a közgyógyellátottak egyéni gyógyszerkeretének nyilvántartására és ellenőrzésére alkalmas rendszer létrehozása; a rendszer fokozottabb ellenőrzése; a visszaélések szankcionálása.

A jogosultsági kategóriákon belül a reform során többször is felmerült az alanyi jogosultak rászorultságának egyedi vizsgálatának szükségessége, esetükben a szociális rászorultság nem képezi vizsgálat tárgyát.

---

<sup>21</sup> A normatív jogcímet az egyes szociális ellátásokkal kapcsolatos törvények módosításáról szóló 1996. évi XXII. tv. vezette be.

A szolgáltatások körében a gyógyszerek rendelkezősége egy több mint 700 készítményből álló listáról korlátlan volt, ami magában hordozta a pazarlás lehetőségét, ezért a javaslatok gyógyszerkeret meghatározását tartották jónak. A javaslatokat hatásshámításokkal alapozták meg.

A jogszabályok – 1993. évi III. tv., a 28/1993. (II. 17.) Korm. rendelet, illetve a gyógyszerkorról rendelkező 10/1995. (II. 24.) NM rendelet – módosításán, hatályon kívül helyezésén túl további szervezési, hatásköri intézkedésekre, valamint a szükséges technikai, informatikai háttér megteremtésére volt szükség.

Az előmunkálatokkal párhuzamosan a 2095/2005. (V. 27.) Korm. határozat a közgyógyellátás átalakításának koncepciójáról a reform szempontjait határozta meg. Ebben a határozat a jogosultsági feltételek változatlanul hagyása mellett döntött, valamint havi gyógyszerkeret bevezetését határozta el, és az igazolvány cserét a jogosultság egyidejű felülvizsgálatával rendelte el. Az intézkedések harmonizáltak a Kormány 100 lépés programján belül a 21 lépés az egészségügy megújításáért programmal.

A változás lényegét az jelentette, hogy a közgyógyellátás keretében a korábbi térítésmentességet felváltotta a szociálisan rászorult személyeknek egészségi állapotuk megőrzéséhez, helyreállításához kapcsolódó kiadásai csökkentése érdekében biztosított hozzájárulás. Gyógyszereknél a gyógyszerkeret erejéig, gyógyászati segédeszközöknél pedig a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár erejéig. A keret az egyéni, rendszeres gyógyszeres szükségletre igazodó 12 000 Ft-os és az eseti, akut megbetegedés kiadásait fedező 6000 Ft-os részből áll. A keret meghatározás szabályait részletesen tartalmazza a törvény módosítása. A 12 000 Ft-os keretet 2007 januárjától két részre bontja a szabályozás.

Az érvényben lévő szabályozás szerint a közgyógyellátás igényléséhez érvényes TAJ kártyával kell rendelkezni. A biztosított jogviszonynak járulékfizetésre kell épülnie, ami korábban nem volt kritériuma az egészségügyi, a pénzbeli és a természetbeni ellátásoknak, így a közgyógyellátásnak sem. A közgyógyellátási reform előkészítése és végrehajtása során az ellenőrzések a TAJ érvényességére terjedtek ki.

2008. január 1-jét követően a jogviszony hiánya esetén az OEP köteles átadni a biztosítási jogviszonnyal nem rendelkezők adatait az állami adóhatóságnak, amely vizsgálatot kezdeményezhet és az elmaradt egészségügyi-szolgáltatási járulékot – a mulasztás szankcióival együtt – az elévülési idő figyelembevételével behajtja.

A 151/2008. (V. 30.) Korm. rendelet az egyes egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról az Eb. tv. szerint finanszírozási, illetve ártámogatási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató kötelezettségévé teszi, hogy az OEP nyilvántartásában ellenőrizze a jogosultságot. Ennek elmulasztását szankcionálja, illetve díjazza (ez minden típusú ellátásnál követelmény).

## **1.2. A közgyógyellátás szervezete, eljárásrendje, erőforrásai**

A sokszereplős szervezet eljárásrendjében a törvény előírásaira támaszkodik.

2006. június 30-ig a közgyógyellátást biztosító igazolványról rendelkező Korm. rendelet<sup>22</sup> alapján egyszerű eljárásban juthatott a beteg a jogosultságát igazoló okmányhoz. A régi típusú, keret nélküli igazolványok cseréjének határideje 2007. július 1-je volt.

A közgyógyellátási reformfolyamatban a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet<sup>23</sup> újra szabályozta a közgyógyellátás igénybevételéhez szükséges igazolvány kiváltásának rendjét. A bonyolult eljárásban – a vagyoni helyzetre és az egészségi állapotra vonatkozó adatok elhatárolásának kötelezettsége miatt – adatvédelmi szabályoknak is meg kell felelni.

Az adatvédelmi biztos egészségügyi miniszternek írt,<sup>24</sup> 2006. július 11-én kelt ajánlása értelmében a jogosultságot megállapító jegyző nem ismerheti meg az érintett egészségügyi adatait, az egészségbiztosítási szerv pedig nem ismerheti meg vagyoni helyzetére vonatkozó adatait. Vagyis a személyes adatok védelméről szóló tv.<sup>25</sup> alapelveinek érvényesülését szem előtt tartva mindenki csak annyi adatot kezelhet, ami feladatai ellátásához feltétlenül szükséges.

Az ügymenethez rendelt határidők tovább bonyolítják az eljárást. Ez különösen a szakhatósági állásfoglalás elkészítésénél felmerülő hiánypótlások lehetőségére vonatkozik, ami nem számít bele az ügyintézési határidőbe, de az igénylő hozzájutását késlelteti. A szakhatósági állásfoglalás elkészítésének 15 napos határideje a reform első másfél évében nem tudták betartani a MEP-ekre háruló nagy tömegű munka miatt. Az időigényes, több lépcsős ügyintézés következményeként a betegek késve, a lejárát után kapták meg új típusú igazolványaikat. A MEP-ekhez 2006. július és 2007. december között 556 918 kérelem érkezett.

Az egységes, OEP által kiadott eljárásrend rögzíti, hogy értékelni kell a Háziorvosi igazolásban szereplő adatokat. Az értékelést az OEP által készített saját fejlesztésű, MEP-ekkel on-line rendszerben működő számítógépes program segíti. A MEP rendelkezésére álló adatokból, háziorvosi jelentésekből ellenőrizhetők a beteg korábbi betegségei, az alkalmazott terápia, a szerepeltetett BNO, az alkalmazott hatóanyag. Amennyiben ennek megfelelő a háziorvosi igazolás, a program felajánlja az elsőként választandó legalacsonyabb napi terápiás költségű készítményt. Az eljárásrend aktuális 2007. február 20-tól érvényes V.3 verziószámú változata nem követeli meg a fentiek szerinti értékelést, az a korábbi eljárásrendben szerepelt, holott lényegi kérdés és a folyamatba épített ellenőrzés eszköze. A gyakorlatban alkalmazzák a szakhatósági állásfoglalás készítői.

A vizsgált időszak elején a település képviselőtestületének döntése alapján juttottak méltányos igazolványhoz a jogosultak. Jelenleg a szakhatósági állásfoglalást követően a jegyző hozza meg a határozatot a jogosultság és a gyógyszer-

---

<sup>22</sup> 28/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a közgyógyellátási igazolványról.

<sup>23</sup> 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet a pénzbeli, természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól.

<sup>24</sup> Ügyiratszám: 1010/H/2006-2.

<sup>25</sup> 1992. évi LXIII. tv. a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról.

keret megállapításáról vagy a jogosultság elutasításáról. Ez ellen 15 napon belül lehet fellebbezést benyújtani. A 2007-ben benyújtott 4045 db fellebbezésből mindössze 220 esetben változott a szakhatósági állásfoglalás, 3783 esetben pedig elutasításra került a kérelem (5. számú tanúsítvány). A szakhatósági állásfoglalás felülvizsgálatára OEP-nek 15 nap áll rendelkezésére.

A jegyzőhöz benyújtott fellebbezés a közigazgatási hivatal szervezetén belül elhelyezkedő szociális és gyámhivatalokon keresztül jut az OEP-be, a másodfokú határozatot az OEP bírálata után a közigazgatási hivatal hozza meg.

A fellebbezés elbírálásának az általános ügyintézési határidőre vonatkozó időbeli korlátja a Ket. 33. §-ának megfelelően 30 nap. Ennek betartása nem ellenőrzött, az önkormányzatok tájékoztatása szerint előfordulhatnak több hónapos átfutású döntések. Az OEP-nél lévő iratanyag nem teljes körű, így abból nem látható, hogy az ügyféli kezdeményezésre indult eljárásban hol mennyi időt tölt a fellebbezési ügyirat.

A XIII. kerületben pl. 2008 februárjában, 2007 augusztusában és 2007 decemberében kezdeményezett fellebbezésekre még nem született határozat 2008 augusztusáig.

A közgyógyellátásról megkérdezett válaszadó házi orvosok a kérdőív azon kérdésére, hogy a rendszer az átalakítás óta egyszerűbb-e 73% nimmel, hogy célzottabb-e 54% igennel, hogy igazságosabb-e 60% nimmel válaszolt, 90%-ának konfliktusai vannak a betegekkel, mert más, drágább, több gyógyszert igényelnének, mint amit orvosuk javasol. A betegek közgyógyellátással kapcsolatos lehetőségekről való tájékoztatását pedig a válaszadók 100%-a tartja szükségesnek.

A szabályozás elemeit az igénylők nem ismerik nem értik, ezt igazolják az önkormányzatoknál folytatott interjúk, a házi orvosok kérdőívre adott válaszai.

Az ügymenet egyszerűsítésére OEP részéről eddig informatikai egyszerűsítések történtek a Közgyógy2005 programban. Ez nem hozott változást sem a szereplők számában, sem az eljárásrend egyszerűsítésében.

Az eljárásrend **egyszerűsítésére** a MEP-ek és az önkormányzatok közötti online kapcsolat megteremtésével,<sup>26</sup> a gyógyszerkeret beárazásának házi orvosokhoz való delegálásával van lehetőség.<sup>27</sup> A szakhatósági állásfoglalás elkészítése hozzáadott értéket nem, csupán óriási többlet feladatot jelent. Az OGYI gyógyszer forgalomba hozatali engedélyezés során meghatározott rendelkezési jelzései helyett a közgyógyellátás során a biztosítói támogatási kategóriák érvényesítésével, a jogorvoslatok számának csökkenését eredményezhetné.

---

<sup>26</sup> Ennek megteremtése a háttér feltételek biztosításán túl a továbbításra kerülő információk hitelesítésének problémáját is felveti.

<sup>27</sup> Az OEM 2008. november 20-i levelében úgy fogalmazott „a közgyógyellátási jogosultságot megállapító határozatot – az igazolvány kibocsátásával egyidőben – a MEP hozza meg, a jogosultság egészségügyi feltételeiről a házi orvos, míg a szociális rászorultságról a jegyző nyilatkozzon.”

Egyszerűsítést az alanyi jogosultság két évre emelése jelentett azoknak, akik gyógyszerkeretük újbóli megállapítását nem kérték. További egyszerűsítése volt a szabályozásnak (EüM kezdeményezésére), hogy nincs szükség új szakhatósági állásfoglalásra, ha a terápia nem változott és az állásfoglalás 18 hónapnál nem régebbi.

A közgyógyellátás működtetésének kiadásai a több szereplős folyamatban a MEP-eknél, az OEP-nél, a helyi önkormányzatoknál, a házi orvosnál merülnek fel.

A szakhatósági állásfoglalás elkészítése a MEP-eknél jelentős többlet humán-erőforrás biztosítását tette szükségessé. Az adminisztráció létszám igénye országosan 2004-ben 38,6 fő volt, ami 2006-ban 230 fő, 2007-ben pedig már 337,3 fő volt, vagyis 8,7-szeresére kellett növelni a munkaerőt a megnövekedett feladatok arányában. Ennek határozatlan, határozott idejű megoszlása 94% – 6%-ról 75%-25%-ra változott (3. sz. tanúsítvány).

A feladatellátáshoz szükséges létszám fentieknek megfelelő emelését úgy valószínűsítették meg, hogy közben a szervezet létszáma 2004 és 2007 között országosan 828 fővel csökkent a kötelező leépítés miatt. A feladathoz szükséges humán erőforrást az ellenőri kapacitás rovására történő átcsoportosítás adta, amit az ÁSZ 2006. évi zárszámadási jelentése is megállapított. A megnövekedett feladatokhoz a MEP-ek számára nem volt biztosított a létszám tényleges bővítése. A határozott idejű alkalmazottak átmeneti segítséget jelentenek, foglalkoztatásukhoz a kiemelt feladat előirányzatban további forrásokat biztosított a Kormány.

A szakellenőri kapacitás átcsoportosítása miatt a biztosítói kontroll gyakorlása, mint alapfeladat nem teljesült – a szolgáltatók ellenőrzése csökkent, illetve elmaradt (pl. FPEP 2006-ban mindössze 9 ellenőrzést végzett a szolgáltatóknál).

A közgyógyellátással kapcsolatos feladatellátás bér- és járulék kiadásai 11,6-szorosára, a dologi kiadások 6,6-szorosára emelkedtek. Az ellátási kiadásokból fedezett postaköltség 34,7 M Ft-ról 174,5 M Ft-ra, azaz ötszörösére emelkedett. A kiemelt feladatok előirányzatából a változások informatikai követésére 271,7 M Ft-os forrást biztosítottak, ezen felül 810,9 M Ft volt még a költségnövekedés fedezete ebből a forrásból. 2007-ben az OEP és a MEP-ek, a közgyógyellátáshoz kapcsolódó kiadások fedezetére 2170,78 M Ft-tal költött többet, mint 2005-ben. (3. sz. tanúsítvány).

A 2007. év végi kártyaszám alapján az OEP és a MEP-ek egy kártyára eső éves működési kiadása 6196 Ft.

A házi orvosok megkérdezése alapján (31 praxis a praxisok 0,4%-a), átlagosan fél órát töltenek egy-egy közgyógyellátást igénylő házi orvosi igazolásának elkészítésével. Ezt alapul véve a házi orvosi praxisok finanszírozására kifizetett tényadatokra és praxis számra alapozva az egy házi orvosi órára eső finanszírozás összege 5541 Ft, ennek fél órára jutó része 2770 Ft. 2007-ben 62 262 TAJ számnak volt eseti kerete (388 545–62 262=326 283), ami házi orvosi igazolás nélküli, a további igazolások költsége (326 283x2770 Ft) 904 M Ft. Tehát az OEP, a MEP-ek és házi orvosok közgyógyigazolvány kiállítására fordított együttes kiadása 2007-ben 3,3 Mrd Ft (2,4 Mrd+0,9 Mrd).

Vizsgálati kritérium volt, hogy a közgyógyellátás szervezetének működtetési költsége arányaiban ne legyen magasabb, mint az E. Alap működési és ellátási kiadásának aránya, amely 2007-ben 1,4% volt (23,3 Mrd Ft/1 648,6 Mrd Ft). A közgyógyellátás működtetésének OEP-et, MEP-eket, házi orvosokat terhelő költsége, az önkormányzatok, és a központi költségvetés hozzájárulásához viszonyítva (3,3 Mrd Ft/22 739,6 Mrd Ft) 14,5%, (mely nem tartalmazza az önkormányzatok ügyintézési költségeit). Azaz a közgyógyellátásra fordított működési kiadások aránya jóval magasabb, mint az E. Alap működési és ellátási kiadásának aránya.

Az önkormányzatok közgyógyellátás működtetésére fordított kiadásairól szolgáltatott adatok csak részben értékelhetők. A kis létszámú hivatalokban tört ügyintézői létszámra vetítve fajlagosan magas ráfordításokkal lehet számolni. Előfordult több százezer forintos és kétezer forintos ügyintézési költség is egy igényre vetítve. A vizsgálat az OEP tanulmányában<sup>28</sup> az önkormányzatok adminisztrációjára becsült, egy igényre jutó 8 E Ft-os költséggel számolva, a 2007. évi 388 545 db igazolvány adminisztrációs költsége további 3,1 Mrd Ft.

A helyszínen felkeresett 4 budapesti önkormányzat adatszolgáltatása is szélsőséges költség adatokat mutat, pl. a VIII. kerület egy igényre jutó költsége meghaladja a 23 E Ft-ot, a XXI. kerületben 18 E Ft, a XIII. kerületben 4,8 E Ft, a IX. kerületben 3,8 E Ft az egy igényre kimutatható költség.

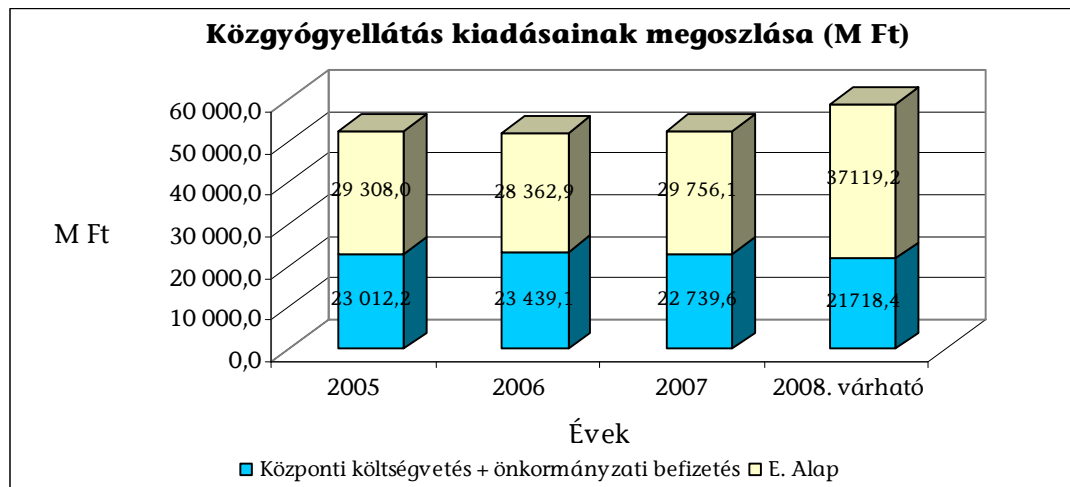
Az ellenőrzés számításai szerint a 2007. évi 22 739,6 M Ft költségvetési és önkormányzati támogatás egy kártyára jutó összege (388 545 kártya) mintegy 58 530 Ft, amit 6,4 Mrd Ft adminisztrációs költséggel osztanak szét a sokszereplős eljárásban. Ennek egy kártyára vetített összege 16 471 Ft, vagyis a kvázi térítési díj 28,1%-a. Amennyiben a gyógyszerkassza közgyógyellátásra jutó kiáramlását is figyelembe vesszük, akkor a működtetés aránya az ellátás 52 495,7 M Ft-jához viszonyítva 12,2%. Tehát bármelyik megközelítésben vizsgáljuk a működés ellátás arányát, a vizsgálati kritériumban meghatározott mértéket jóval meghaladja.

### 1.3. A közgyógyellátás kiadásai

A közgyógyellátás kiadása a vizsgált időszakban az alábbiak szerint alakult. (Az adatokat részletesen az 1/a, 1/b és 1/c táblázat tartalmazza.)

---

<sup>28</sup> A keretes közgyógyellátási rendszer tapasztalatainak kritikai értékelése, OEP Gyógyszerügyi Főosztály 2008.



Forrás: OEP, Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály Statisztikai Osztály

A közgyógyellátásra fordított kiadások 2007-ig nem nőttek. A 2008. I. félévi adatok alapján a közgyógyellátás jogcímen közgyógyjogosultak által kiváltott gyógyító ellátásokon belül az E. Alapra jutó kiadási hányad várhatóan növekedni fog.

A közgyógyellátási rendszer átalakítására, valamint a többletfeladatok ellátásához határozott időtartamra felvett létszám személyi juttatásaira, dologi kiadásokra a kapcsolódó kormányhatározatok és törvény<sup>29</sup> alapján a vizsgált időszakban összesen 1065,8 M Ft-ot biztosítottak, ebből 507,2 M Ft-ot személyi juttatásokra és járulékokra, dologi kiadásokra 286,9 M Ft-ot, fejlesztésre 271,7 M Ft-ot, amelyet az 2. számú táblázat mutat be.

<sup>29</sup> A közgyógyellátás átalakításának koncepciójáról szóló 2095/2005. (V. 27.) Korm. határozat, A 2005. évi központi költségvetés általános tartalékának felhasználásáról szóló 2167/2005. (VIII. 2.) Korm. határozat, A Magyar Köztársaság 2006. évi költségvetéséről szóló 2005. évi CLIII. törvény, Az egészségügyi reform egészségbiztosítási ágazatot érintő egyes feladatai 2007. II. félévi finanszírozásáról szóló 2131/2007. (VII. 12.) Korm. határozat, A 2008. évi központi költségvetés általános tartalékának előirányzatából történő felhasználásról szóló 2046/2008. (IV. 15.) Korm. határozat.

## 2. számú táblázat

M Ft

A közgyógyellátási rendszer átalakítására biztosított források							
Évek	Korm. határozat, törvény	Összeg	Ebből		Személyi kiad.+járulék	Dologi kiad.	Fejlesztési kiad.
2005	2167/2005. (VIII. 2.) Korm. hat.	95,0	adott évben	9,4	3,2		6,2
			következő évben	85,0	3,0	60,0	22,0
2006	2005. évi CLIII. törvény	688,8	adott évben	490,7	258,0	116,2	116,5
			következő évben	198,1		71,0	127,0
2007	2131/2007. (VII. 12.) Korm. hat.	133,2	adott évben	110,4	91,8	18,6	
			következő évben	22,8			
2008	2046/2008. (IV. 15.) Korm. hat.	149,5	adott évben	149,5	128,6	20,9	

Az E. Alap részére közgyógyellátás megtérítésére tervezett és felhasznált központi költségvetési hozzájárulások előirányzatai (önkormányzati befizetés nélkül) a korábbi évek növekedése után 2005-2008 között kis mértékben ingadoztak. A 2007-ben tervezett 21 000 M Ft-tal szemben 2008-ban 20 800 M Ft-ot terveztek. Az előirányzatok tervezett és ténylegesen felhasznált összegeit a 3. számú grafikon mutatja be.

## 3. számú grafikon

**A közgyógyellátás előirányzatának tervezett és ténylegesen felhasznált összegei**



Forrás: Éves költségvetési és zárszámadási törvények

A központi költségvetés kiadását a betegterítés kompenzálására a vizsgált időszakban szinten tartották. Alulteljesítést a 2007. év (95%), túlteljesítést a 2005., 2006. év (104%, illetve 111%) mutat.

A közgyógyellátás központi költségvetési oldalról történő kiadásainak tervezése az SZMM<sup>30</sup> fejezetnél történik, amelyet a PM az E. Alap finanszírozási terve alapján havi megtérítésekre – az előirányzat 1/12-ére – szétosztva, havonta figyel a tényleges kiadások alapján a várható kiadásokat korrigálja, illetve utal a Magyar Államkincstáron keresztül az E. Alap részére.

A zárszámadási törvények keretében az Országgyűlés évente elrendeli, hogy a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak közreműködésével a központi költségvetés terhére finanszírozott ellátások megtérítésének és kiadásainak különbözetét december 31-éig rendezzék. Ennek alapján a központi költségvetés 2005-ben 52,0 M Ft-ot, 2006-ban 101,1 M Ft-ot, 2008-ban 181,3 M Ft-ot utalt közgyógyellátási jogcímen az E. Alap számára. Kivételt a 2007. év képez, ekkor az E. Alap utalt a központi költségvetésnek 432,1 M Ft-ot. A központi költségvetés az E. Alapnak közgyógyellátás jogcímen a vizsgált időszakban 19,6-21,1-19,9 Mrd Ft-ot térített meg. Kis mértékű csökkenést – közel 6% – a 2007. évi megtérítés mutat.

Az önkormányzatok hozzájárulása – az általuk méltányossági jogcímen megállapított közgyógyellátásra – a vizsgált időszakban csökkenő tendenciát mutat, 3,3-2,8-2,6 Mrd Ft-ra teljesült (2008. I. félév 1,0 Mrd Ft). Ennek egyik oka, hogy a méltányossági jogcímen kiadott igazolványok száma 50%-kal csökkent, mert az önkormányzatok – az Sztv. 2006. július 1-jétől történt módosítása következtében – a befizetés általánny jellege megszűnt, a megállapított gyógyszerkeret (egyéni+eseti) után, annak 30%-át kell befizetni. A csökkenés további oka, hogy a közgyógyigazolvány kiadásának 2006. július 1-jétől nem feltétele az önkormányzati befizetés igazolása, ami alapot szolgáltat arra, hogy egyes önkormányzatok nem, vagy később teljesítik a befizetéseiket.

Az önkormányzati megtérítés összege a méltányossági jogcímen kibocsátott közgyógyigazolványok után a vizsgált időszakban összességében csökkent, egy főre vetítve azonban nőtt. 2007-ben a 86 446 db érvényes méltányossági igazolvány után 2634,3 M Ft-ot fizettek be, így az egy igazolványra jutó befizetés 30 473 Ft volt. Az öregségi nyugdíj legkisebb összegének 75%-a ebben az évben 20 347 Ft,<sup>31</sup> azaz igazolványonként több mint 10 000 Ft-tal fizettek többet az önkormányzatok, mint a korábbi szabályozás szerint, amelyet a 3. számú táblázat szemléltet.

3. számú táblázat  
M Ft

<b>Az önkormányzati megtérítés adatai</b>			
<b>Megnevezés</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2008. I. félév</b>
Önkormányzati befizetés (M Ft)	3 277,0	2 634,3	1 005,6
Közgyógyigazolvány méltányossági jogcímen (db)	174 504	86 446	36 914
Egy igazolványra jutó önkormányzati befizetés (Ft)	18 778,9	30 473	27 242

Forrás: OEP, Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály Statisztikai Osztály

<sup>30</sup> 2005-ben ICSSZEM.

<sup>31</sup> 2007. március (a nyugdíjminimum emelése után).

A 70 db visszaküldött önkormányzati kérdőív méltányossági közgyógyellátás önkormányzati befizetésével (tervezés, felhasználás) kapcsolatos válaszai alapján a többség (44 önkormányzat) 100% alatt teljesítette a méltányossági közgyógyellátásra tervezett előirányzatot, 9 önkormányzat 100%-ban. A tervezett előirányzatot 4 önkormányzat egyáltalán nem használta fel, további 4 önkormányzat pedig felülteljesítette azt. A helyszíni ellenőrzésre kijelölt 5 fővárosi önkormányzat 2006. és 2007. évi előirányzatai is alulteljesültek. Az alulteljesítések oka, hogy a 2006. július 1-jétől érvényes szabályozás életbe lépésével összefüggő többletfeladatok eredményeként a MEP-ek szakhatósági állásfoglalása több hónapot késett, így a jogosultság megállapítása és a térítés átutalása a következő évre húzódott át, azaz a 2006 júliusától indult ügyekben 2007. I. félévében jelentkeztek a befizetések.

A települések 2005-2008 között természetbeni és pénzbeli szociális feladataik ellátására 60,7-59,8-62,3-67,6 Mrd Ft normatív hozzájárulásban részesültek a lakosságszám alapján. Ez az összeg a településeket szociális jellemzőkből képzett mutatószám szerint differenciáltan illeti meg.<sup>32</sup> Az önkormányzatok ebből a forrásból finanszírozzák szociális feladataikat.

A központi költségvetésből pénzbeli ellátásokra kapott támogatás, a pénzbeli ellátásokra fordítva központi és saját forrás összege, valamint az ebből a közgyógyellátáshoz kapcsolódó 30%-os önkormányzati önrészesedés befizetésére irányuló kérdésekre adott válaszok alapján a 70 önkormányzat többsége (42) a központi költségvetésből kapott támogatás 100-200%-át használta fel, azaz a központi forrást saját forrásból kiegészítették. 12 önkormányzat 100% alatt, 12 önkormányzat 200% fölött használta fel a támogatást, 4 válasz nem értékelhető. A közgyógyellátáshoz kapcsolódó 30%-os befizetésre az önkormányzatok többsége (45) a pénzbeli ellátásokból kevesebb, mint 10%-ot fordított, 17 önkormányzat pedig egyáltalán nem, 3 önkormányzat 10% fölött, 4 nem értékelhető.

A közgyógy kiadások szerkezetének belső arányai átrendeződtek. A gyógyszerek aránya az összes kiadás tekintetében a 2005. évi 70%-ról 2007-re 82%-ra nőtt, eközben a gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő szolgáltatások kiadásai közel felére csökkentek.

A közgyógyellátásra az E. Alapból fordított Tb. támogatás kis mértékben (1,7%-kal) növekedett, ezen belül a gyógyszer támogatása a 2005. évi 60%-ról 2007-re 77%-ra nőtt, 2008. I. félév végére tovább nőtt 82%-ra, míg a gyógyászati segédeszközök tekintetében csökkent, a 2005. évi 39%-ról 2007-re 22%-ra, 2008. I. félév végére 18%-ra, a gyógyfürdő aránya pedig változatlan maradt (1/c. táblázat: Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása 2005-2007, E. Alap).

A közgyógyellátás kiadásainak ellátási típusokon belüli összege és aránya a vizsgált időszakban a gyógyszerek felé tolódott el. A közgyógyellátásra fordított gyógyszer-támogatás összege 2007-ben 37,3%-kal nőtt az előző évhez képest

---

<sup>32</sup> 2005-ben ez az összeg min. 3700, max. 17 050 Ft/lakos, 2008-ban min. 4000, max. 20 000 Ft/lakos között alakult.

(2006/16745,9 E Ft, 2007/22992,5 E Ft). A Tb. támogatás növekedésével párhuzamosan a kiváltott vények száma<sup>33</sup> 2006-ról 2007-re (23 623 E db, 20 286,2 E db) 14%-os csökkenést mutat.

A gyógyászati segédeszköz támogatás csökkenését az időközi szabályozásváltozás indokolja. A 2006. évi 11 284,7 M Ft-ról 2007-re 6534,1 M Ft-ra 42%-kal csökkent.

A gyógyfürdő kiadás 2006-ról 2007-re 30,9%-kal csökkent, ami 2008. I. félévében további csökkenést mutat. A 23/2007. (V. 18.) EüM rendelet<sup>34</sup> fix összegben, illetve kezelés-fajtánként százalékos mértékben állapította meg a támogatást. A társadalombiztosítási támogatás mértéke minden gyógyfürdő kategóriánál (gyógyvizes gyógymedence) 50%-ra, az orvosi gyógymasszázs esetében 70%-ra csökkent.

A központi költségvetésből és az önkormányzatok által együttesen befizetett összeg (kvázi betegterítési díj) 2005-ről 2006-ra a 22 911,0 M Ft-ról 4%-kal, 23 871,0 M Ft-ra nőtt, majd 2006-ról 2007-re 5,5%-kal, 22 558,3 M Ft-ra csökkent. 2008-ban 1005,6 Mrd Ft az első féléves önkormányzati hozzájárulás. A 2006. év végén kihirdetésre kerültek azok a jogszabályok, amelyek a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz támogatást, a lakosság terheit és a gyártók, forgalmazók teherviselését határozták meg.<sup>35</sup> (1/d. táblázat: Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása 2005-2007, Központi költségvetés, önkormányzati befizetés.)

Az egyes ellátásokon belüli arányok 2005. és 2007. között a kvázi térítési díjban is a gyógyszerek felé tolódtak el, azonban kisebb mértékben (5%), mint a Tb. Alapnál. A gyógyászati segédeszközökre fordított kvázi kiadások 2006-ról 2007-re 25%-os a csökkenést mutatnak. A legjelentősebb csökkenést a gyógyfürdő kvázi betegterítési díja mutatja, amely a 2005. évi 369,0 M Ft-ról 2007-re 66,0 M Ft-ra csökkent (a 2008. I. félévi kiadás 38,0 M Ft). A csökkenés oka az Sztv. változásához köthető, amely szerint csak a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár 100%-ig jár a térítésmentesség.

2006. július 1-jétől a méltányossági közgyógyellátási igazolvány kiadásának nem feltétele az önkormányzati befizetés igazolása. Az önkormányzati befizetés és a méltányossági közgyógyellátási igazolvány kiadása független egymástól, az érvényessége nem kötődik a befizetéshez, a jegyzői határozat jogerőre

---

<sup>33</sup> Forrás: OEP, finanszírozási szerződést kötött gyógyszertárak adatai január 1-jétől – december 1-ig terjedő időszak forgalmára vonatkozóan.

<sup>34</sup> A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati ellátások támogatásáról szóló 23/2007. (V. 18.) EüM rendelet.

<sup>35</sup> A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. tv. (Gyftv.); A törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítása.

emelkedését követően a MEP kiállítja az igazolványt. Az önkormányzatok nem minden esetben tesznek eleget időre befizetési kötelezettségüknek (3 nap).

A MEP-eknél működő informatikai háttér nem teszi lehetővé a törvényben szabályozott elvárásoknak való megfelelést a befizetések, követelések pontos, kártyánkénti naprakész nyilvántartását, így a hátralékok behajtásával a MEP-ek nem éltek.

Az önkormányzatok be nem fizetett térítési díja 2007-ben 63,9 M Ft, túlfizetése 30,4 M Ft volt. Az önkormányzatok tartozás így 33,5 M Ft, ami a 2007. évi 2634,3 M Ft önkormányzati befizetés figyelembevételével 1%-os tartozásnak felel meg.

A MEP-el szemben keletkezett hátraléokra vonatkozóan a 70 válaszadó közül 2 önkormányzat ismerte el a tartozását, a többi nemleges választ adott (3 önkormányzat nem válaszolt). A fővárosi, illetve Pest megyei önkormányzatok tekintetében ez nincs összhangban az FPEP által településsorosan összeállított táblázat adataival, amely részletezi az egyes önkormányzatokkal szemben fennálló követeléseket és túlfizetéseket. A helyszíni ellenőrzésre kiválasztott önkormányzatok a be nem fizetett térítési díjakra szintén nemleges választ adtak.

A befizetések nyomon követésére országosan egységes nyilvántartás nem áll rendelkezésre. A térítés személyhez nem kapcsolható, így a MEP-ek nem éltek az azonnali beszedési felhatalmazásukkal. A pontosabb, gyorsabb követés és ellenőrzés érdekében az ún. „Közgyógy 2005 program” és az önkormányzatok által küldött excel táblában történő elszámolások informatikai összekapcsolása a helyszíni ellenőrzés időszakában folyamatban volt.

#### **1.4. A közgyógyellátás információs rendszere**

Az Egészségbiztosítási Alap 2003. évi gyógyszer-támogatási előirányzatának betartásáról szóló 2356/2002. (XI. 28.) Korm. határozat 3. pontja elrendelte, hogy 2003. július 1-jétől készítsék elő a biztosítottak számára kedvező alapvető szív- és érrendszeri gyógyszerek kiemelt támogatásának biztosítását és a közgyógyellátás bővítését elektronikus pénztárca alkalmazásával.

Az elektronikus pénztárca megvalósítására a 2003. júliusban az OEP 4 célt fogalmazott meg:

- közgyógy ellátottak szükségleteinek megfelelő gyógyszer-támogatások meghatározott havi keretek között tartása;
- a jogosulatlan (hamis vény általi) utalványozás kiszűrése;
- egymás gyógyszerrendeléseiről nem tudó házi- és szakorvosok által a jogosult szükségleteit meghaladó vényfelírások megakadályozása;
- a közgyógy igazolvánnyal rendelkező (méltányossági és normatív) jogosult szükségleteit meghaladó, körtünet nélküli vényfelírások megakadályozása.

Az elektronikus pénztárca megvalósításával az első két cél megvalósult, a negyedik kérdéskörre a helyszíni vizsgálat ideje alatt indult olyan vizsgálat, ami

szankcionálná a kórtünet nélküli vényfelírásokat, a harmadik pont nem valósult meg.

A közgyógyellátás átalakításának koncepciójáról szóló 2095/2005. (V. 27.) Korm. határozat 6. pontja elrendelte, hogy biztosítani kell az OEP és a gyógyszerárak közötti on-line kapcsolaton alapuló, a közgyógyellátottak egyéni gyógyszerkeretének nyilvántartására és ellenőrzésére alkalmas rendszer létrehozását, amelynek határideje 2006. április 30. volt.

Az OEP kiépítette a patikák és az OEP között működő on-line közgyógy jogosultság ellenőrző kapcsolatot (VirEP), a közgyógyjogosultak keretét nyilvántartó elektronikus pénztárcát, és kifejlesztették a keret megállapítást, közgyógy kártyanyilvántartást végző szoftvert (KÖZGYÓGY2005). A két egymással összefüggő fejlesztés képes biztosítani a közgyógy ellátottak gyógyszerkeretének a nyilvántartását és ellenőrzését. A kiépítés során minden közforgalmú, fiók és kórházi zárt forgalmú gyógyszerertárban telepítették az OEP-pel való on-line kapcsolat létesítésére alkalmas mobil kommunikációs eszközt. A VirEP a közgyógyellátási rendszerben 2006. július 1-je óta működik.

A VirEP rendszer megvalósítása a kitűzött határidőhöz<sup>36</sup> képest 3 évet késett. Az intézkedések bevezetésére szabott mintegy fél éves határidő helyett az éles rendszer csak 3 és fél év múlva indult el. Tekintettel a feladat összetettségére, a közbeszerzési folyamat időigényére, a projektben résztvevők számára (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, megyei és fővárosi egészségbiztosítási pénztárak, távközlési vállalat, Magyar Gyógyszerész Kamara, a gyógyszerertári rendszergazdák), a részletes műszaki tervek hiányára és a bevezetéssel szembeni ellenállásra az eredetileg kitűzött fél éves határidő az ellenőrzés véleménye szerint nem volt reális, tekintettel a megvalósulás elhúzódására.

A működtetéshez szükséges eszközök beszerzésére közbeszerzési eljárás keretében került sor, eredményhirdetés 2004. március 17-én volt. A kétfordulós eljárást követően 2004 júniusában 2750 gyógyszerertár on-line összeköttetésére alkalmas GPRS modem és hozzá tartozó adatforgalmazást biztosító szolgáltatás állt a rendelkezésre.

A VirEP rendszer feladatait – TAJ érvényesség, közgyógyigazolvány érvényesség, aktuális gyógyszerkeret –, adatszolgáltatásokat ellátja, eljárásrendjét a jogszabályokkal összhangban alakították ki. A VirEP rendszer jól működik, képes kiszolgálni az összes gyógyszerertárt akár egyszerre, és a tesztek alapján kb. 2 másodperces válaszidővel dolgozik. A VirEP által használt T-mobil hálózaton titkosított, csomagokban megy át a közgyógy jogosultságokat (TAJ, Közgyógy igazolvány száma, keretfigyelés) tartalmazó információ.

A VirEP rendszer kialakításakor cél volt, hogy további feladatokkal és kontroll-funkciókkal lehessen a jövőben kiegészíteni. Ezekből már megvalósult az on-line jogviszony ellenőrzés. Az on-line kapcsolaton keresztül az OEP-hez érkező vényadatok alapján a VirEP rendszeren keresztül lehetőség volna arra, hogy az

---

<sup>36</sup> A 2356/2002. (XI. 28.) Korm. határozat szerint 2003. július 1. volt az eredeti határidő, de az 1067/2004. (VII. 8.) Korm. határozat hatályon kívül helyezte.

egészségbiztosító ellenőrizhesse, valóban történt-e orvos-beteg találkozás, hogy a betegnek van-e a felírt gyógyszerhez kapcsolódóan ismert betegsége, illetve a kiemelt támogatású gyógyszert a megfelelő szakvizsgával rendelkező orvos rendelte-e.

A közgyógyellátási reform kapcsán szükségessé vált a közgyógyellátási igazolványok közhiteles nyilvántartási rendszerének kialakítása. Az Sztv.<sup>37</sup> 2006. július 1-jétől előírja, hogy az OEP a közgyógyellátásra jogosult személy jogosultságáról, továbbá gyógyszerkeretének figyelemmel kísérése céljából hatósági nyilvántartást vezessen.

Az OEP 2005. január 24-én döntött arról, hogy olyan közgyógy programot kell készíteni, amely négy funkciót lát el:

- közgyógyigazolványok nyilvántartása;
- egyedi gyógyszerkeret meghatározása;
- igazolványkészítés;
- patikai autorizáció, on-line jogosultság ellenőrzés.

Az OEP belső fejlesztéssel hozta létre a KÖZGYÓGY2005 programot. A fejlesztést 2005-ben kezdte el, és 2006 júliusában – az új közgyógy rendszer indulásakor – már működött. A programot időközben folyamatosan módosítják a MEP-ek igényeinek megfelelően.

A fenti funkciók megvalósultak. A program nem képes az inkasszóhoz szükséges adatok automatikus előállítására, mert nem tartja nyilván településre és közgyógy jogosultakra a méltányos jogcíműek esetében a gyógyító ellátási keretere megállapított, az önkormányzatok által befizetendő 30%-os befizetést.

A KÖZGYÓGY2005 program moduljai a kártyanyilvántartás mellett támogatják a fővárosi és megyei egészségbiztosítási pénztárakban a gyógyszerkeret megállapítását végző orvosok, illetve gyógyszerészek beárazási tevékenységét. A beárazó modul, a gyógyszerbeárazás legnagyobb részét automatikusan végzi. A teljes körű automatizálásához még hiányoznak törzsadatbázisok (TTT-BNO, szakvizsga stb.).

A közgyógy igazolványok közhiteles nyilvántartását az Sztv. 50/C. § (2) bekezdésével összhangban létrehozták. Ez a közhiteles nyilvántartás az alapja a VirEP közgyógy jogosultság ellenőrzési funkciójának. A KÖZGYÓGY2005 program a VirEP segítségével figyelemmel kíséri a közgyógyellátásra jogosultakat és az elektronikus pénztárcájában lévő keretösszeget is.

A közgyógy rendszer informatikai korszerűsítésre a szerződések alapján 2005-ben és 2006-ban voltak nevesített informatikai dologi és beruházási kiadások, amelyek a szoftver, hardver és hálózati költségeket foglalják magukba, úgymint pl. a GPRS modem beszerzése, kiszállítása, bekötése, gyógyszerértári teszte-

---

<sup>37</sup> A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. Sztv. 50/C. § (2) bekezdése.

lés, gyógyszerárak on-line adatkapcsolat ellenőrzése, konzultáció, tanácsadás, adatátviteli költségek, OEP szerver és kliens oldali adatbázis és fejlesztő eszköz licenszeinek beszerzése. A közgyógy rendszer informatikai korszerűsítésre 2005-2006-ban összesen 280 db szerződést kötöttek melyekre 549 364 426 Ft-ot fizettek ki, amelyet részletesen a 4. számú táblázat mutat be.

4. sz. táblázat

<b>A közgyógyellátás információs rendszerének korszerűsítésére fordított források</b>			
<b>Megnevezés</b>	<b>Dologi kiadások</b>	<b>Beruházási kiadások</b>	<b>Összesen</b>
Közgyógy korszerűsítés kötelezettségvállalásai és kiadásai 2005. év	60 240 000 Ft	28 000 000 Ft	88 240 000 Ft
Közgyógy korszerűsítés kötelezettségvállalásai és kiadásai 2006. év	183 120 386 Ft	243 680 040 Ft	426 800 426 Ft
Jogviszony felülvizsgálat kötelezettségvállalásai és teljesítései 2007. év	33 824 000 Ft	500 000 Ft	34 324 000 Ft
<b>Mindösszesen</b>	<b>277 184 386 Ft</b>	<b>272 180 040 Ft</b>	<b>549 364 426 Ft</b>

## **2. A SZOCIÁLIS RÁSZORULTSÁG ELVÉNEK ÉRVÉNYESÜLÉSE A KÖZGYÓGYELLÁTÁSI JOGOSULTSÁG MEGHATÁROZÁSÁBAN**

### **2.1. Közgyógyellátás jogcímei**

Az alanyi jogcímenek nevezett kategória nem klasszikus alanyi jogcím. A közgyógyellátás rászorultsághoz kötött szociális ellátás, amely jövedelmi és egészségügyi rászorultságot is feltételez (kivétel az állami gondozottak). Az 5. számú táblázat szemlélteti az egyes jogcím kategóriákban a rászorultság megállapításának feltételeit.

5. számú táblázat

<b>Közgyógyellátás jogcímenként a rászorultság megállapításának feltételei</b>			
<b>Megnevezés</b>	<b>Alanyi</b>	<b>Normatív</b>	<b>Méltányos</b>
Szociális rászorultság megállapítása	Egészségkárosodáshoz kötött, meghatározott szociális ellátások megléte.	Jövedelemteszt.	Jövedelemteszt.
Igazoló szerv	Önkormányzat, nyugdíjfolyósító.	Nyugdíjfolyósító/ munkahely/ önkormányzat.	Nyugdíjfolyósító/ munkahely/ önkormányzat.
Egészségügyi rászorultság	Egészségkárosodás mértéke.	Havi gyógyító ellátás költsége.	Havi gyógyító ellátás költsége.
Igazoló szerv	Orvos szakértői bizottság / szakorvos.	Háziorvos.	Háziorvos.

A közgyógyellátás igénylését a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet szabályozza. A kérelemnek tartalmaznia kell a kérelmező nyilatkozatát a közgyógyellátás iránti igény megalapozottságát alátámasztó tényekről. Az igényléshez az alanyi

jogosultak körében a jogosultságról szóló igazolást kell mellékelni (pl. I. és II. kategóriájú rokkantságról szóló igazoló lap és emelt családi pótlékról szóló igazolás).

A normatív és méltányos kategóriában jövedelem-kimutatás szükséges. Az önkormányzatok véleménye szerint ezekben a kategóriákban jellemzően nyugdíjasok veszik igénybe az ellátást, így a kereset-kimutatás a nyugdíjfolyósító által kiadott igazolás, illetve nyugdíjszelvény. A helyszínen interjúval megkérdezett önkormányzatok (összesen 5) az előírt igazolások bekérésén túl a közgyógyellátáshoz kapcsolódóan egyéb vizsgálatot (pl. környezettanulmány) nem végez. Véleményük szerint a közgyógyellátás új rendszerében nem jellemző a jogosulatlan igénybevétel, általában rászorulók igénylik. Ugyanakkor több kérdőívvel megkérdezett önkormányzat jelezte, hogy minimál bérre bejelentett vállalkozók is igényelték az ellátást.

A 70 önkormányzatnak kiküldött kérdőívre adott válaszok alapján 43 település (61%) szerint célzottabbá vált az ellátás, 61-en (87%) ítélték meg bonyolultabbnak és 52-en (74%) látják úgy, hogy nagyobb terhet ró az önkormányzatokra. Két településen létezik a közgyógyigazolványhoz kapcsolódó más támogatási forma. 12 településen (17%) végeztek a közgyógyellátáshoz kapcsolódó ellenőrzést. A jogosultság megállapításának alapjául szolgáló tényeket 32 településen (46%) ellenőrzik pl. környezettanulmánnyal. 34 településen (49%) rendeletben szabályozták a pénzbeli és természetbeni ellátásokhoz szükséges nyilatkozat igazolásának szabályait. A kérelmekben közölt jövedelem adatok valódiságának ellenőrzését az önkormányzatok nem kérték az adóhatóságtól egyetlen esetben sem. Két településen vagyonteszthez kötötték a méltányos igazolványhoz való jutás feltételeit.

## 2.2. A közgyógyjogosultak száma

Az 6. számú táblázat a jogosultak számát mutatja jogcímcsoportonként.

6. számú táblázat

<b>Közgyógyellátásra jogosultak száma jogcímcsoportonként</b>					
<b>Közgyógyigazolványok jogcím szerint</b>	<b>2003. dec. 31.<sup>38</sup></b>	<b>2005. dec. 31.<sup>39</sup></b>	<b>2006. dec. 31.<sup>40</sup></b>	<b>2007. dec. 31.<sup>41</sup></b>	<b>2008. jún. 30.<sup>42</sup></b>
A – Intézeti és állami nevelt kiskorú	28 711	21 171	19 094	12 771	13 227
B – Rendszeres szociális segélyben részesülő	9 663	7 494	6 203	3 963	3 857
C – Pénzellátásban részesülő hadigondozott	18 862	15 407	13 953	11 043	10 243
D - Sorkatonai, családi segélyben részesülő	129	23	17	0	0
E – Központi szociális segélyben részesülő <sup>43</sup>	1 222	326	267	192	164
F – Rokkantsági járadékos	17 945	17 509	16 273	14 191	13 668
G – I-II. csoportú rokkantsági, baleseti nyugdíjas	132 918	124 874	117 510	99 577	96 278
H – Emelt családi pótlékra jogosult	71 822	80 963	77 292	70 218	68 610
<b>Alanyi összesen</b>	<b>281 272</b>	<b>267 767</b>	<b>250 609</b>	<b>211 955</b>	<b>206 047</b>
M – Méltányos	167 212	173 377	156 855	86 074	72 674
T – Normatív	86 170	88 422	79 514	66 230	58 318
<b>Összesen</b>	<b>534 654</b>	<b>529 566</b>	<b>486 978</b>	<b>364 259</b>	<b>337 039</b>

A fenti adatokat a Cognosból más időpillanatban nyerték, mint az 1.3. pontban szereplőket, magyarázatot lásd a 4. számú grafikon alatti részbekezdésben.

Az összes közgyógyellátásra jogosultból a legnagyobb arányt 2007. végén az alanyi jogcímen belül az I-II. csoportú rokkantsági, illetve baleseti nyugdíjasok képviselték (27,3%); 23,6%-ot a méltányos jogcímen ellátottak; 19,2%-ot az alanyi jogcímen belül az emelt családi pótlékra jogosultak és 18,2%-ot a nor-

<sup>38</sup> Közgyógyigazolványok száma, forrás: Tájékoztató a közgyógyellátási reform helyzetéről 2007. december 12. Kereskesné dr. Nemes Mária.

<sup>39</sup> Jogosultak száma, forrás: OEP Informatika.

<sup>40</sup> Jogosultak száma, forrás: OEP Informatika.

<sup>41</sup> Jogosultak száma, forrás: OEP Informatika.

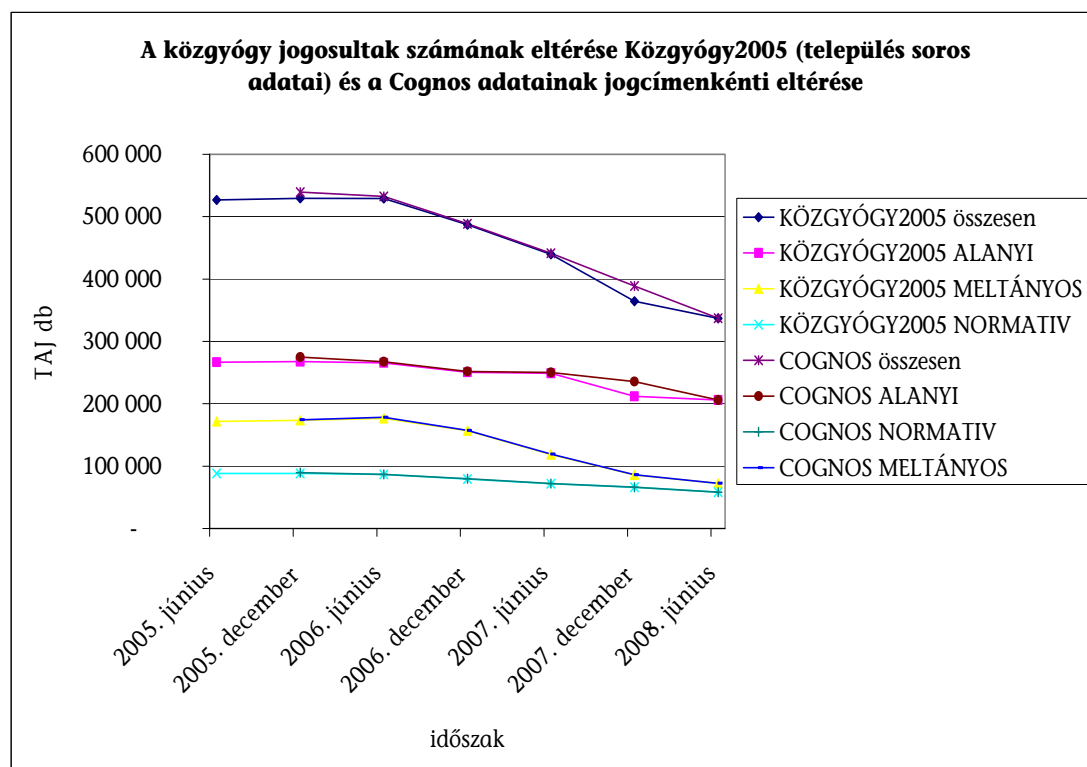
<sup>42</sup> Jogosultak száma, forrás: OEP Informatika.

<sup>43</sup> Az ezen a jogcímen nyilvántartottak valós száma adminisztrációs hiba miatt a táblázatban közölnél kevesebb.

matív jogcímen ellátottak. A maradék jogcímek összesen 11,7%-ot képviselt, arányuk nem meghatározó nagyságú.

A közgyógyjogosultak száma a vizsgált időszakban összességében és minden jogcímen (alanyi, méltányos, normatív) csökkent, ezt szemlélteti a 4. számú grafikon.

4. számú grafikon



A vizsgálat két adatsorral rendelkezik a közgyógyjogosultak számáról jogcímcsoportonként: az OEP „Cognos”<sup>44</sup> havi adataival, és a vizsgált időszak 7 időpontjára településsoros adatokkal a közgyógy programból. A két adatsor tendenciája között nem, de abszolút számai között eltérés van, amelyet az adatgyűjtés és lekérés módszertana magyaráz (3. sz. melléklet).

Az adatsorok különbségének oka, hogy míg a Cognosba bekerülő adat a Közgyógy2005 program (hatósági nyilvántartás) egy időpillanatát rögzíti, addig a Közgyógy 2005 program – mivel élő nyilvántartás – adatai folyamatosan változnak. Ezért ugyanarra az időpontra is más eredményt ad, ha eltérő időpontokban kérdezik le a közgyógyjogosultak számát. A Cognos-ban az „*érvényes közgyógyellátási igazolványok száma*” adatsor a berögzített jogosultságok számát tartalmazza (függetlenül attól, hogy később töröltött/módosult/visszavonódott), ami állandó, mert a lekérdezéseket csak egyszer, a tárgy időszakban futtatják le, azt rögzítik, az adatbázison később végrehajtott módosítások már nem jelennek meg benne. A két adatsor különbségét tehát az utólag, visszamenőleg módosított

<sup>44</sup> Az OEP adattárház adatainak standardizált adatfeldolgozási és megjelentetési rendszere.

esetek (hibásan rögzített, MEP által visszavont, később a jegyzők által egyéb okból módosított stb.) okozzák.

A jogosultak számának csökkenése nem egyforma mértékben következett be az egyes közgyógy jogcímenek, így az alanyi jogcímű közgyógyjogosultak aránya 2005. 06. 30. – 2008. 06. 30. között 51%-ról 61%-ra növekedett, míg a méltányos jogcímű közgyógy jogosultak igazolványának aránya 33%-ról 22%-ra csökkent, miközben a normatív igazolványok aránya (17%) változatlan maradt.

A jogosultak számának csökkenése nem egyforma mértékben következett be a különböző anyagi helyzetű településeken sem. A közgyógyellátási igazolványokhoz a rászorultság függvényében való hozzáférés megítélése érdekében az ellenőrzés keretében összekapcsoltuk a települések gazdasági fejlettségét, a településen élők jövedelmi viszonyait mutató adatokat a települések által kiadott közgyógy igazolványok számával és ehhez az OEP és a KSH által szolgáltatott országos (településsoros) adatokat elemeztük.

A település fejlettségét mutató adatokat az ÁSZ vizsgálat a Központi Statisztikai Hivatalnál (KSH) 2005-ben végzett 17 mutatós fejlettségi vizsgálat adataira alapozta. A vizsgálat az ország településeit sorolja be, a társadalmi, gazdasági és infrastrukturális fejlettségük/elmaradottságuk alapján 5 kategóriába. (1. lemaradó; 2. stagnáló; 3. felzárkózó; 4. fejlődő; 5. dinamikusan fejlődő). A besoroláshoz használt 17 (nem súlyozott) mutató egyike a települések egy állandó lakosára jutó SZJA alapot képező jövedelme.

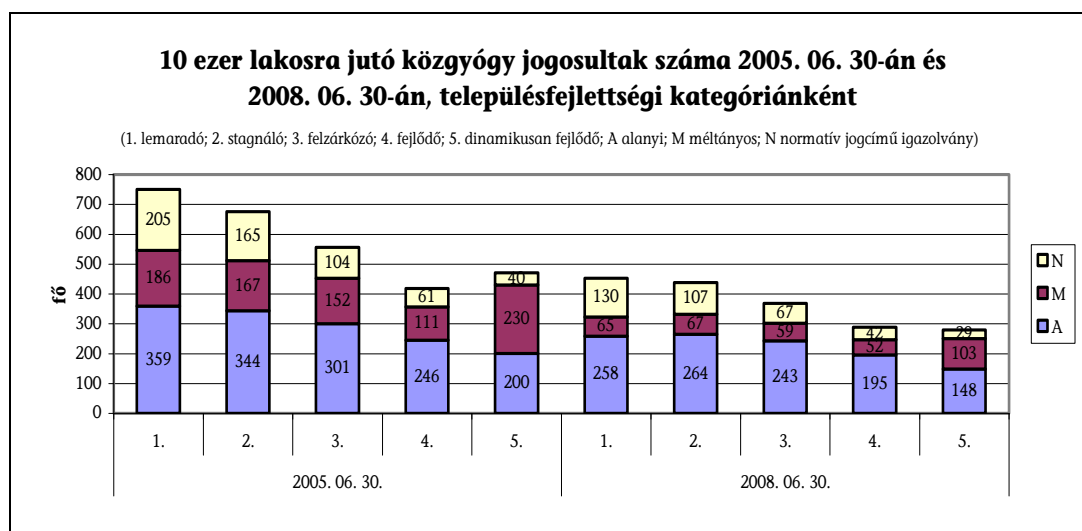
A közgyógyellátás – mint szociális ellátás – az egyének közötti szociális különbségek kiegyenlítését szolgálja, ami akkor működik jól, ha a közgyógyjogosultak száma az egyes településen élők szegénységével növekszik. A települések gazdasági fejlettsége jelentős mértékben függ az ott élő lakosság jövedelmi viszonyaitól. A lemaradó és a dinamikusan fejlődő településeken élők jövedelem átlagának különbségét a 4. sz. melléklet mutatja. A lemaradó településeken 271 E Ft, míg a dinamikusan fejlődő településeken 775 E Ft volt 2004-ben az egy állandó lakosra jutó SZJA alapot képező jövedelem. A KSH település-fejlettségi rangsora alapján a dinamikusan fejlődő településeken élők átlagos jövedelme 2,9 szerese (775 695/271 478) a lemaradó településen élőkének.

Az 5. számú grafikon 10 ezer lakosra mutatja a közgyógyjogosultak számát<sup>45</sup> település-fejlettség és közgyógy-jogosultság szerint bontva, 2005 júniusában és 2008 júniusában.

---

<sup>45</sup> A közgyógyjogosultak jogcímenkénti településsoros számát az OEP szolgáltatta.

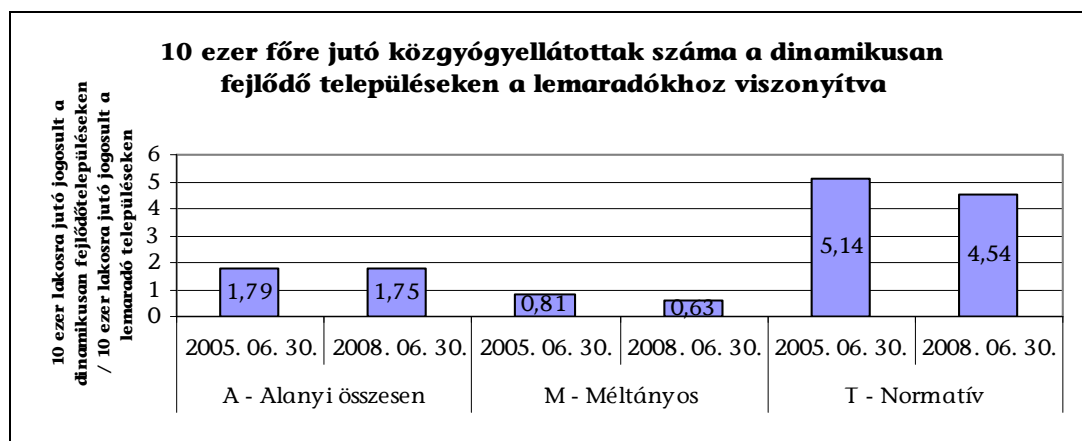
## 5. számú grafikon



A fenti ábra alapján minden település-fejlettségi kategóriában csökkent a 10 ezer lakosra jutó közgyógyigazolványok száma 2005 óta.

Az 6. számú grafikon a 10 ezer főre jutó közgyógyjogosultak száma alapján számítva mutatja be a dinamikusán fejlődő települések adatait a lemaradó településekhez viszonyítva.

## 6. számú grafikon



A lemaradó településeken 4,5-ször több a tízezer főre jutó normatív jogcímű közgyógy jogosultak száma, mint a dinamikusán fejlődő területeken. A normatív jogcímű igazolványok esetében a rendszer eléri a közgyógyellátás átalakításáról szóló kormány-előterjesztésben megfogalmazott célt, hogy a rászorultság elve érvényesüljön, illetve a rendszer igazságosabbá váljon, hiszen a jogosultak számában tükröződik a településeken élők jövedelmi viszonyaiban, a települések fejlettségében meglévő különbség és a közgyógy igazolványok szociális kiemelő szerepe érvényesül.

Az alanyi jogcímű igazolványoknál a dinamikusán fejlődő és a lemaradó települések igazolvány aránya már csak 1,75-szörös, azaz hozzávetőleg fele annyi

az alanyi igazolványok lakosságra vetített száma a dinamikusan fejlődő településeken, mint a lemaradókon. Ez az arány elmarad a településen élők jövedelmi viszonyaiban fennálló 2,9-szeres különbségtől. Ennek oka, hogy az alanyi jogcímű igazolványt az igénylők többnyire súlyos egészségügyi állapotuk miatt kapják meg, jövedelmi viszonyukat, szociális rászorultságukat nem vizsgálják.

A méltányos igazolványoknál a helyzet éppen fordított, mindkét időpontra – régi és új rendszer – elmondható, hogy a dinamikusan fejlődő települések kategóriájában a 10 ezer lakosra jutó méltányos igazolványok száma 2005-ben 230, 2008-ban 103, jelentősen meghaladja minden más település-fejlettségi kategóriában szereplő méltányos igazolvány számot. Azaz minél gazdagabb egy település (és annak polgára) annál valószínűbb, hogy méltányos közgyógy igazolványhoz jut. Minél szegényebb egy település (illetve annak polgára) annál kevésbé valószínű, hogy méltányos közgyógyellátási igazolványa lesz. A méltányos közgyógy igazolványok esetén nem működik a közgyógyellátás szociális kiegyenlítő funkciója. Ez egyben azt is jelenti, hogy a gazdag és szegény településeken eltérő mértékben kell „szegénynek” lenni, ahhoz, hogy valaki méltányos közgyógy igazolványhoz jusson. A gazdag települések kevésbé szegény lakosaik számára (időnként szociális rászorultság nélkül, pusztán életkor alapján) is juttatnak méltányos közgyógyellátási igazolványt. A fentiek alapján a lakosság nem a települések közötti gazdasági különbség arányban jut hozzá a méltányos közgyógyellátási igazolványhoz.

A méltányos és a normatív jogcímű közgyógyellátási igazolványok kategóriájában – abban a két kategóriában, ahol az igazolványhoz jutás során szociális rászorultság vizsgálat is történik – a dinamikusan fejlődő települések esetében kisebb mértékben esett az igazolványszám 2005 és 2008 között, mint a lemaradó településeken, azaz a közgyógyellátási rendszer átalakítása nem javította, hanem tovább rontott a szociális rászorultság elvének az érvényesülésén. (Ezt mutatja be az összefoglaló 1. sz. grafikonja).

A méltányos jogcímen történő közgyógy igazolványhoz jutás a település anyagi helyzetétől függ a jelenleg működő közgyógyellátás finanszírozási rendszere értelmében, mivel a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező lakosainak megállapított kerete 30%-át kell a településnek a társadalombiztosítás számára megtérítenie. Ezért egy lemaradó település esetében csak kevesebb méltányos közgyógyellátási igazolvány kiadására van forrás, amit a település a méltányos közgyógyellátási igazolványhoz jutás minimális gyógyító ellátási költségeinek magasabb szinten való meghúzásával ér el. Így az a méltányos közgyógyellátási igazolványt igénylő, akinek a szakhatósági állásfoglalásban a települési szabályozásnál alacsonyabb gyógyító ellátási költséget állapítanak meg, az nem kaphat méltányos jogcímű közgyógyellátási igazolványt. Az 7. sz. táblázat település-fejlettségi kategóriánként mutatja be a települések minimális gyógyszer és gyógyító ellátás költségeinek<sup>46</sup> 2007. évre vonatkozó átlagát.

---

<sup>46</sup> Az egyes települések minimális gyógyszerköltsége: azoknak az a legkisebb költségeknek az átlaga, amellyel azon a településen valaki méltányos jogcímen közgyógyellátási igazolványt igényelt és kapott.

7. sz. táblázat

<b>A minimális gyógyszerköltség és a minimális gyógyító ellátási költség átlaga településtípusonként</b>		
<b>A társadalmi, gazdasági és infrastrukturális fejlettség/elmaradottság</b>	<b>Minimális méltányos gyógyszerköltség átlaga</b>	<b>Minimális méltányos gyógyító ellátási költség átlaga</b>
1. Lemaradó	6 655	7 586
2. Stagnáló	6 256	7 164
3. Felzárkózó	6 012	6 976
4. Fejlődő	5 379	6 292
5. Dinamikusan fejlődő	3 807	4 759
<b>Összesen:</b>	<b>5 622</b>	<b>6 555</b>

Az átlagos minimális költségek csökkennek – mind a gyógyszer, mind a gyógyító ellátások költségei esetében – a települések fejlettségének növekedésével. Azaz a fejlett településeken átlagosan kisebb gyógyszerköltséggel lehet méltányos közgyógyellátási igazolványhoz jutni. A „*Minimális méltányos gyógyító ellátási költség átlaga*” oszlop adataiból is látszik, hogy pl. a lemaradó településeknél 7586 Ft, míg a dinamikusan fejlődő településeknél 4759 Ft az átlaga a méltányos jogcímű közgyógyellátási igazolvány megszerzéséhez szükséges minimális összegnek.

### **2.3. A közgyógyellátottak kiadásai közgyógy és egyéb jogcímen**

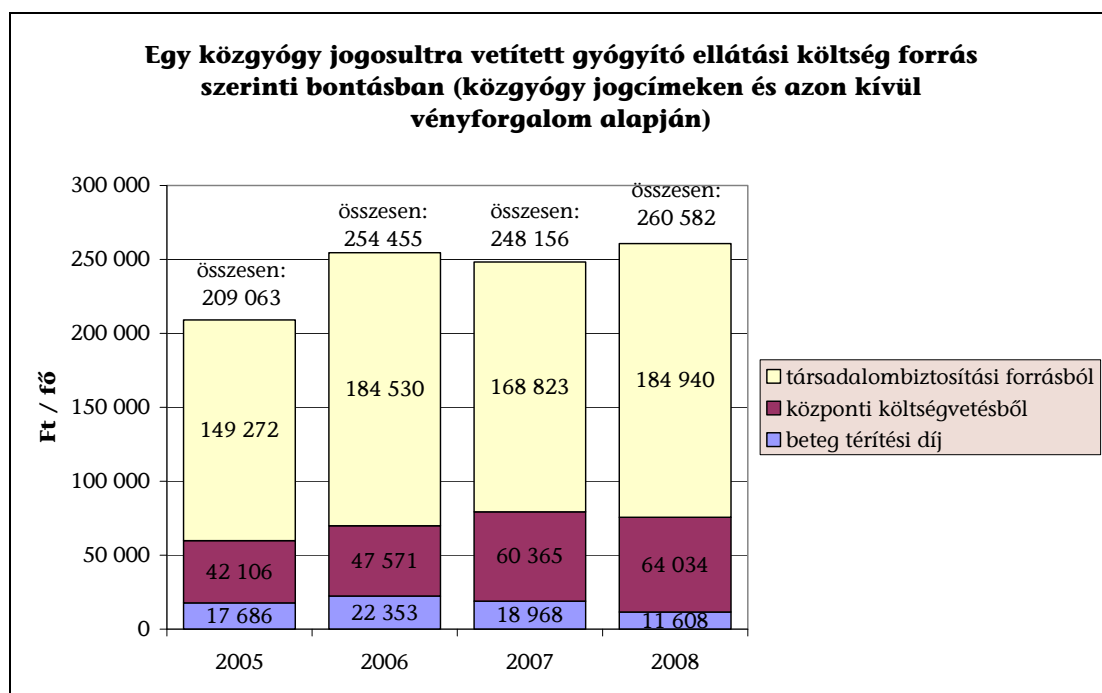
Miközben a vizsgált időszakban a közgyógyjogosultak gyógyító ellátásaira közgyógyellátás keretein belül és azon kívül a mindösszesen<sup>47</sup> kifizetett összeg csökkent 110 713 M Ft-ról 87 826 M Ft-ra (5. sz. melléklet<sup>48</sup>), ez alatt az egy főre eső társadalombiztosítási és a központi költségvetési összegek növekedtek a vizsgált időszakban. A közgyógyjogosultak pénztárcájából (betegterítési díj) kifizetett összeg mind nominálisan, mind fajlagosan csökkent.

Az egy főre jutó éves kiadás (minden szereplő összesen) – a vizsgált időszakban 209 E Ft-ról 260,58 E Ft-ra növekedett. Ezen belül a fajlagos társadalombiztosítási és költségvetési támogatási összeg növekedett a betegterítési díj csökkent, ezt mutatja be a 7. számú grafikon.

<sup>47</sup> Beteg, társadalombiztosítás, központi költségvetés.

<sup>48</sup> Az adatok forrása az OEP által szolgáltatott adatok és az 1. sz. tanúsítvány volt.

7. számú grafikon



A 8. számú táblázat az OEP vényforgalmi adatai alapján mutatja be a közgyógyjogosultak közgyógy és egyéb (nem közgyógy) jogcímen kiváltott gyógyszerek társadalombiztosítási, központi költségvetési támogatását, valamint a beteg térítési díját.

8. számú táblázat

ÉV	Gyógyellátások NEM közgyógy jogcímenek***				Gyógyellátások közgyógy jogcímen				MIND-ÖSSZESEN (M Ft)
	Társadalombiztosítási forrás (M Ft)	Beteg-térítési díj (M Ft)	Központi költségvetési** (M Ft)	Összesen (M Ft)	Társadalombiztosítási forrás (M Ft)	Beteg-térítési díj (M Ft)	Központi költségvetési forrás (M Ft)	Összesen (M Ft)	
2005	46 607	9 339	2	55 948	32 443	27	22 295	54 765	110 713
2006	57 612	10 753	2	68 368	32 250	132	23 164	55 546	123 914
2007	28 794	6 755	2	35 552	32 701	154	21 986	54 841	90 393
2008*	21 119	3 777	1	24 897	41 213	135	21 581	62 929	87 826

Forrás: OEP adatszolgáltatás a vényforgalmi adatok alapján;

\*A 2008 féléves tényadat duplája. \*\*HM és Hadirokkant jogcímre történő eladás. \*\*\*A különkeretes gyógyszerek támogatását nem tartalmazza az összehasonlíthatóság érdekében

A közgyógyjogosultak által igénybe vett gyógyító ellátásokon belül a közgyógy jogcímű kiváltások növekedtek 54 765 M Ft-ról – 62 929 M Ft-ra, a nem

közgyógy jogcímű kiváltások csökkentek 55 948-ról 24 897 M Ft-ra<sup>49</sup> a vizsgált időszakban (8. sz. táblázat, 6. sz. melléklet).

Csökkent a közgyógyjogosultak által közgyógyellátáson kívül igénybe vett gyógyító ellátásokra beteg által fizetendő térítési díj 9339 M Ft-ról 3777 M Ft-ra és az erre fordított társadalombiztosítási támogatás összege is. (46 607 M Ft-ról 21 119 M Ft-ra.)

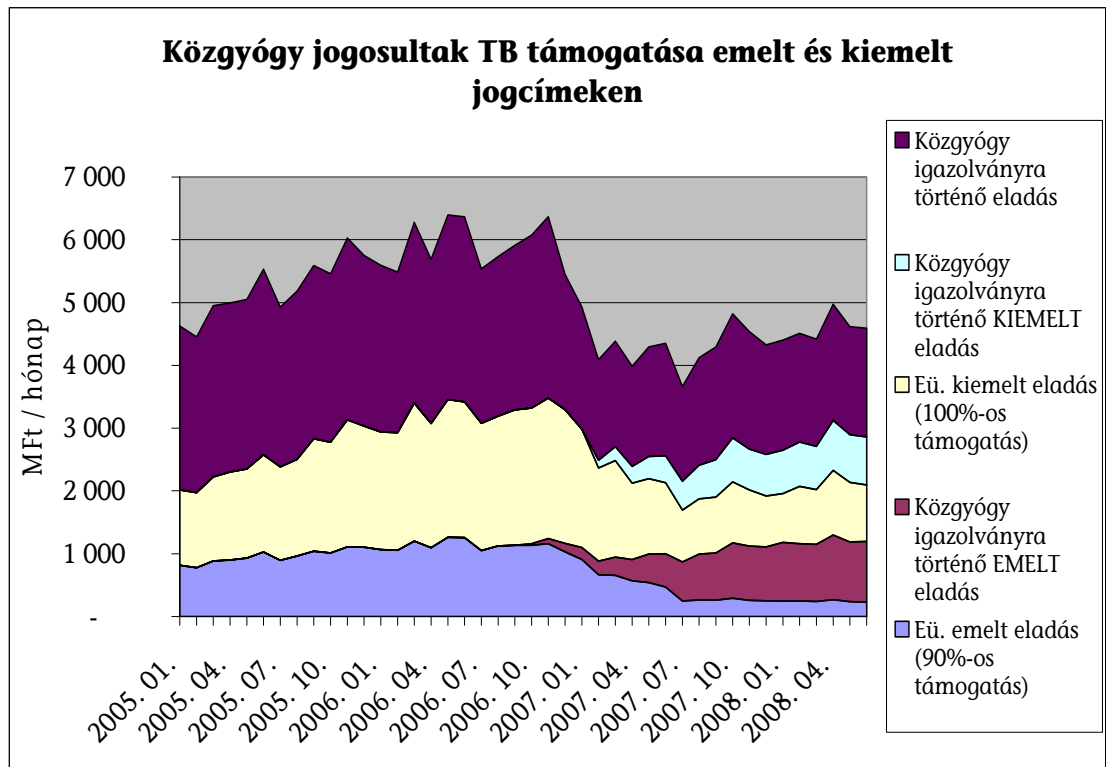
A társadalombiztosítási kiadások növekedését a korábban az Eü90 és Eü100 jogcímek közgyógyellátásban való megjelenése okozza – emelt és kiemelt közgyógyellátás elnevezésű, újonnan létrehozott jogcímen<sup>50</sup> (7. sz. melléklet). Ez a növekedés látszólagos, mert a közgyógyjogosultak által igénybe vett közgyógy jogcímen megjelenő emelt és kiemelt támogatású fogyasztás ezzel párhuzamosan eltűnik az Eü 90-es és Eü 100-as jogcímről. Ez részben oka a közgyógyellátáson kívüli kiváltások csökkenésének és a közgyógyellátáson belüli fogyasztás (látszólagos) növekedésének. A központi költségvetésből származó források a vizsgált időszakban közel állandóak. A közgyógyellátottak által igénybe vett közgyógy jogcímű ellátások növekményét a társadalombiztosítási támogatás növekedése okozza. A betegtérítési díj abszolút összege önmagában nem számottevő, de növekedési üteme jelentős, a vizsgált időszakban ötszöröse növekedett, 27 M Ft-ról – 135 M Ft-ra.

A 8. számú grafikon az áttekinthetőség kedvéért együtt tartalmazza a közgyógyjogosultak közgyógy jogcímű és közgyógyon kívüli Eü 100, Eü90-es kiváltásait. A grafikon alapján megállapítható, hogy a közgyógy emelt és kiemelt jogcímen megjelenő fogyasztás értékével csökken az Eü 90-es és 100-as jogcímen történő kiváltás.

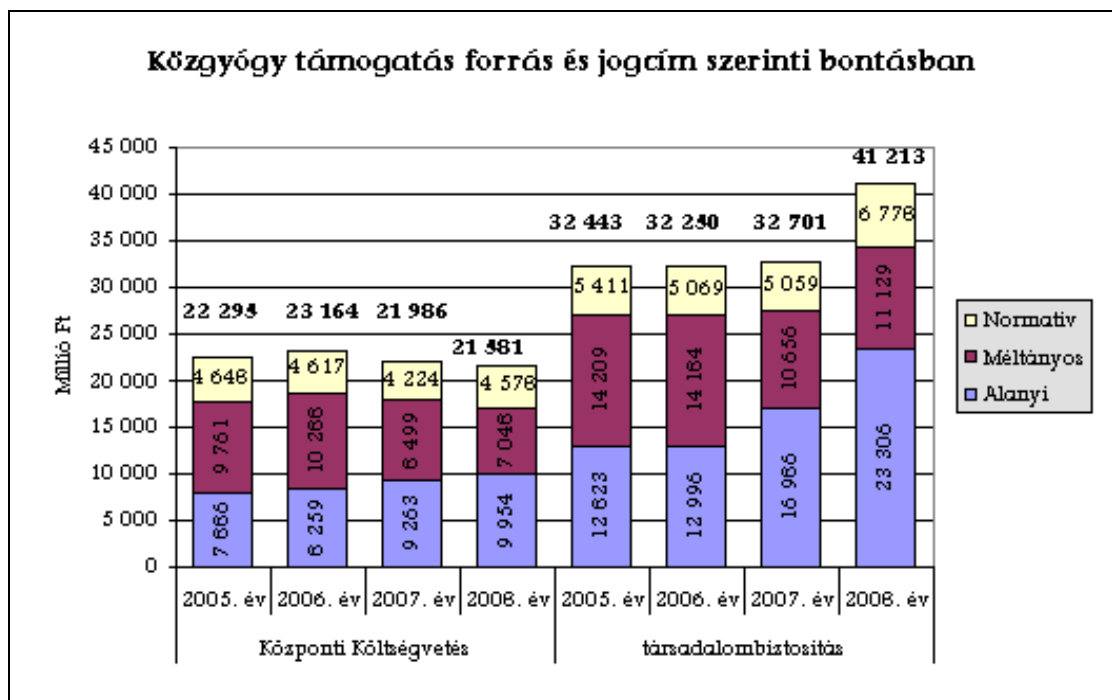
---

<sup>49</sup> Az összehasonlíthatóság miatt az adatok a különkeretes gyógyszereket egy vizsgált évben sem tartalmazzák.

<sup>50</sup> A közgyógyjogosultak 2006 év végétől, illetve 2007 elejétől a korábban Eü90 és Eü100-as indikációhoz – valamilyen súlyos betegség kapcsán – kötötten rendelt gyógyszerét az egészségbiztosítási pénztár a közgyógyellátás újonnan létrehozott emelt és kiemelt közgyógyellátási jogcímen számolja el.



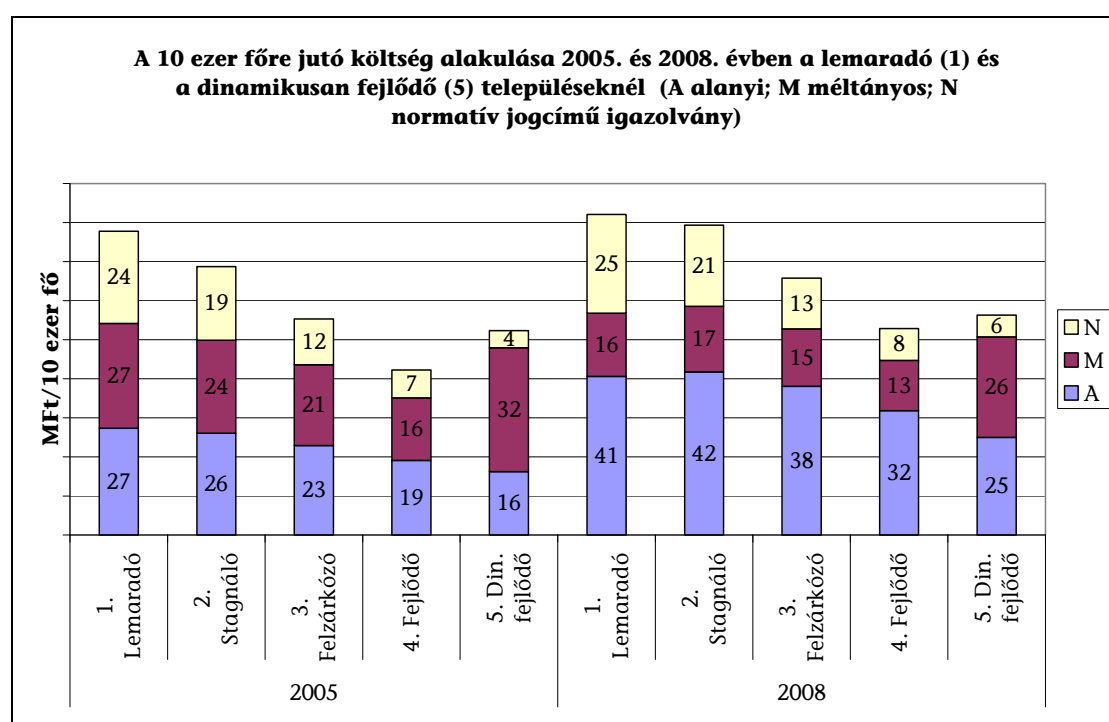
A 9. számú grafikon közgyógyellátási jogcímenként tartalmazza a költségvetés és a társadalombiztosítás által közgyógyellátási jogcímen kifizetett összegeket, (az alapadatokat lásd az 1. sz. tanúsítványban).



A közgyógy jogcímű növekvő társadalombiztosítási támogatásnak és a stagnáló központi költségvetési támogatásnak egyre nagyobb részét az alanyi közgyógyjogosultak gyógyító ellátásainak finanszírozása okozza. A közgyógy jogcímű támogatáson belül az alanyi közgyógyjogosultak támogatása 38%-ról 53%-ra (33,3 Mrd Ft) növekedett, azaz pont annak a jogcímnek növekedett erőteljesen az aránya, ahol a jogosultság megszerzésénél a jövedelem vizsgálata nem történik meg, az igazolványhoz a jogosultak egyéb – az egészségügyi állapotukban meglévő problémák miatt fennálló – jogviszonyuk alapján jutnak.

A 10. számú grafikon a legfejlettebb és a legfejletlenebb település kategóriában mutatja be a 10 ezer főre jutó költségeket, közgyógyellátási jogcím szerinti bontásban.

10. számú grafikon



A grafikonról látható, hogy 2008-ban a lemaradó településeken 1,46-szor nagyobb támogatás jut 10 ezer lakosra, mint a dinamikusán fejlődőkön. A közgyógyellátás reformját megelőző időszakban (2005. december 31.) ez az érték hasonló 1,49 volt. Amennyiben a közgyógyellátás szociális kiegyenlítő funkciója jól működne, akkor a lemaradó települések lakóinál a jövedelemkülönbséggel arányos összeg jelenne meg. A 10. számú grafikonon látható, hogy település-fejlettségi kategóriánként a gazdasági fejlettség növekedésével csökken a 10 ezer lakosra jutó közgyógyellátás támogatásának mértéke. Ezt a tendenciát a dinamikusán fejlődő települések méltányos igazolványai törik meg, amin a közgyógyellátási rendszer átalakítása sem segített. Az alanyi és normatív jogcímű 10 ezer lakosra jutó kifizetés minden település-fejlettségi kategóriában növekedett, míg a méltányos kifizetések abszolút száma és aránya is csökkent a vizsgált időszakban.

## 2.4. A települési szabályozások

A 2.4. fejezet a magyarországi települések társadalmi-gazdasági-infrastrukturális fejlettség szempontjából véletlenszerűen és reprezentatívan kiválasztott 70 település kérdőíveinek elemzési tapasztalatait mutatja be.

70 településen kérdőíves adatbekéréssel vizsgáltuk a közgyógyellátás helyzetét, a kártyaszámok alakulását és ezek összefüggését a helyi szabályozással, amelyet a 9. számú táblázat mutat. Az alábbi táblázatok és grafikonok a kitöltött kérdőívek alapján mutatják be a közgyógyellátás helyzetét.

A méltányos közgyógyellátás szabályozása az önkormányzat feladata, a jogszabály csak az ellátási határokat jelölte ki. A helyi szabályok a gyógyszerköltség minimumát és a jövedelem maximumát határozzák meg.

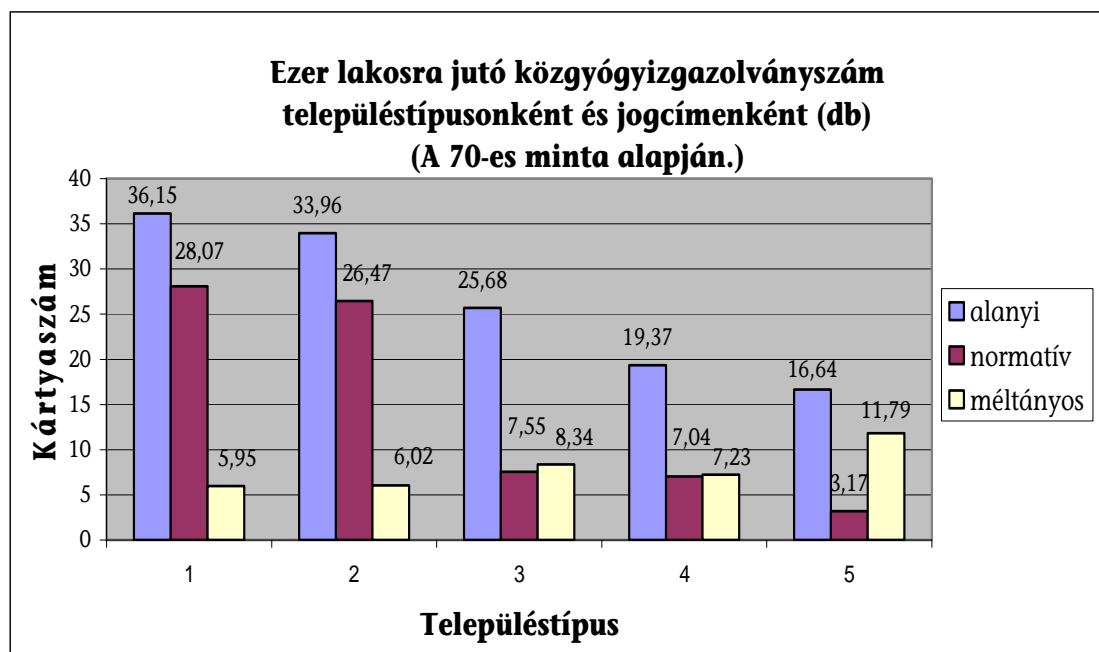
9. számú táblázat

<b>A kérdőíves megkereséshez választott minta jellemzői</b>				
<b>Település típus</b>	<b>Darab</b>	<b>Lakónépesség 2005. december 31-én</b>	<b>Mintaszám</b>	<b>A minta lakónépessége</b>
Lemaradó (1)	964	799 506	6	6729
Stagnáló (2)	802	1 078 274	7	10 564
Felzárkozó (3)	962	2 507 467	17	67 982
Fejlődő (4)	321	2 535 180	18	78 987
Dinamikusan fejlődő (5)	96	3 156 154	22	344 771
Összesen	3145	10 076 581	70	509 033

A lakosság 8%-a, 800 000 ember a lemaradó településeken él, így a 70 település közé 6 önkormányzat került ebből a típusból. A lakosság 31%-a olyan településen él, amely a legfejlettebb kategóriába tartozik, így a mintába 22 település került ebből a típusból.

A 11. számú grafikon a településeken ezer lakosra jutó kártyaszámokat mutatja jogcímenként.

## 11. számú grafikon



(1. lemaradó; 2. stagnáló; 3. felzárkózó; 4. fejlődő; 5. dinamikusan fejlődő)

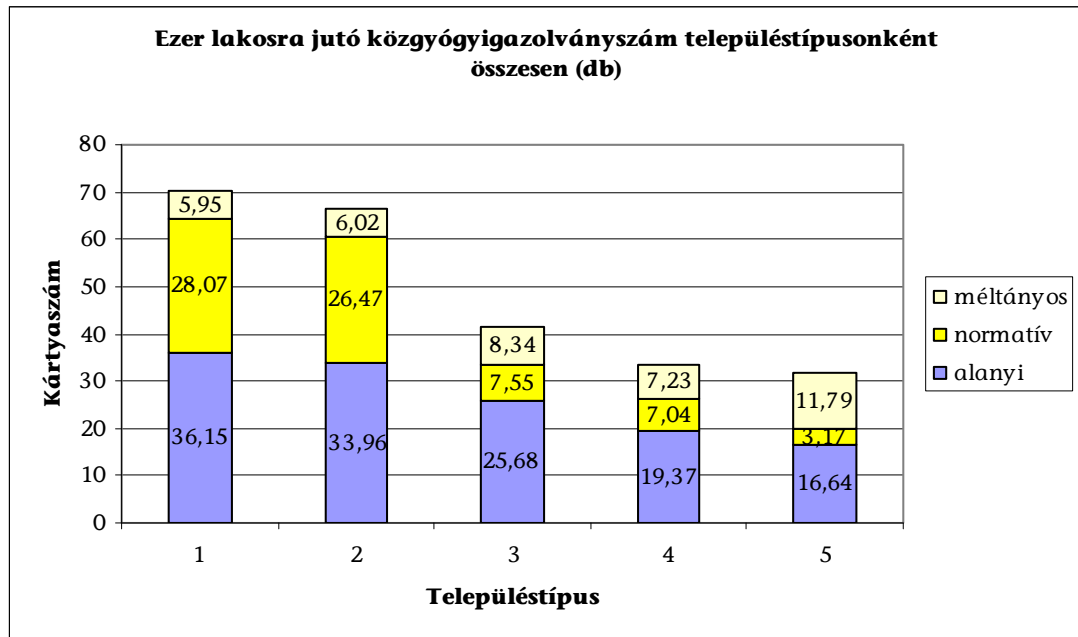
Az ábrán az alanyi kategóriájú kártyák száma a dinamikusan fejlődő településeken 16,64, a lemaradó településen 36,15. A különbség több mint kétszeres a lemaradó települések javára.

A normatív kategóriában, amely az állam által garantált minimum ellátást nyújtja a legszegényebb rétegek részére, a kártyák eloszlása alapján, a lemaradó településeken 8,8-szor annyian rendelkeznek ilyen típusú kártyával, mint a dinamikusan fejlődő településeken.

A méltányos kategóriájú közgyógyigazolványhoz jutás feltételeit az önkormányzatok határozzák meg, anyagi lehetőségeikhez mérten és ez egy magasabb jövedelmi kategóriára vonatkozó ellátás. A kártyaszám a település gazdagságának növekedésével nő. A két legszegényebb település típuson a kártyaszám szinte azonos, 5,95 és 6,02. A következő két kategóriában, a 3-as és 4-es besorolású településeknél 8,34, illetve 7,23. A kiugrás a dinamikusan fejlődő besorolású településeknél fordul elő, ahol az 1000 főre jutó kártyaszám 11,79 és ez kétszerese a legszegényebb településeken előforduló kártyaszámnak, és 1,4-szerese a 3-as besorolású, közepes gazdagságú településeknek.

A 12. számú grafikon településtípusonként a kártyaszám eloszlását mutatja.

12. számú grafikon



(1. lemaradó; 2. stagnáló; 3. felzárkózó; 4. fejlődő; 5. dinamikusan fejlődő)

A lemaradó településeken az ezer lakosra jutó kártyaszám 70,17 és a dinamikusan fejlődő településeken 31,60, ami a szegény települések javára 2,2-szeres különbséget mutat.

Az alanyi és normatív kategóriájú igazolványokhoz való jutás feltételei országosan egységesek. A méltányos ellátás feltételei bizonyos korlátozással, Sztv.-ben rögzített határok betartása mellett az önkormányzatok által bővíthetők. A hetven önkormányzat szabályozását megvizsgálva látható, hogy az önkormányzatok többsége (58%-a) élt ezzel a lehetőséggel: 41 önkormányzat a törvényben meghatározottnál enyhébb szabályozást vezetett be, 28 önkormányzat az Sztv.-ben meghatározott szinten hozta meg a szabályozását. Egy önkormányzat helyi rendeletében nem rendelkezett méltányos közgyógyellátásról.

10. számú táblázat

<b>A Sztv.-ben meghatározott (minimális) ellátási szintnek megfelelően szabályozó önkormányzatok száma, aránya</b>			
<b>Településtípus</b>	<b>A mintában szereplő települések száma (db)</b>	<b>Az Sztv.-ben meghatározott szinten szabályozták a méltányos közgyógyellátást (db)</b>	<b>Az Sztv.-ben meghatározott szinten szabályozók %-a</b>
Lemaradó (1)	6	4	67
Stagnáló (2)	7	6	86
Felzárkózó (3)	17	9	53
Fejlődő (4)	18	4	22
Dinamikusan fejlődő (5)	22	5	23
<b>Összesen</b>	<b>70</b>	<b>28</b>	<b>40%</b>

A 10. számú táblázatból látható, hogy a lemaradó településeken az önkormányzatok 67%-a az Sztv.-ben meghatározott korláthoz igazodva, rendelkezett a helyi rendeletében a méltányos közgyógyellátásról, míg a dinamikusan fejlődő településeken ez az arány csak 23%, azaz ezen települések 77%-a ettől enyhébb szabályokat állapított meg.

A szabály enyhítését, vagy az előírt gyógyító ellátás 25%-os mértékének enyhítésével, vagy a felső jövedelem határ (150%, illetve 200%) növelésével, illetve mindkettővel lehet biztosítani. Az önkormányzatok éltek azzal a lehetőséggel, hogy az enyhítéseket csak meghatározott lakosság csoportok részére tették elérhetővé (pl. bizonyos életkor felett,) és egyébként az általános szabályokat alkalmazták.

19 önkormányzat mindkét feltételt enyhítette, 10 önkormányzat csak a gyógyító ellátás mértékét csökkentette a jövedelem kritérium meghagyása mellett, és 12 önkormányzat a jövedelemhatárt növelte a gyógyító ellátás költségének meghagyása mellett.

11. számú táblázat

<b>A Sztv-ben meghatározott (minimális) ellátási szinttől eltérően szabályozó önkormányzatok száma</b>					
<b>Településtípus</b>	<b>A mintában szereplő települések száma</b>	<b>A gyógyító ellátás költségét csökkentette</b>	<b>A jövedelemhatárt növelte</b>	<b>Mindkettőt enyhítette</b>	<b>Összesen</b>
Lemaradó (1)	6	1	0	0	1
Stagnáló (2)	7	1	0	0	1
Felzárkózó (3)	17	3	3	2	8
Fejlődő (4)	18	2	2	10	14
Dinamikusan fejlődő (5)	22	3	7	7	17
<b>Összesen</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>41</b>

A legnagyobb mértékben a 4-es és 5-ös, tehát a két leggazdagabb település típus élt a szabályok enyhítésével.

12. számú táblázat

<b>A szabályozást enyhítő települések aránya</b>		
<b>Településtípus</b>	<b>Méltányos igazolványok száma ezer lakosra (db)</b>	<b>A szabályozást enyhítő települések aránya</b>
Lemaradó (1)	5,95	17%
Stagnáló (2)	5,95	14%
Felzárkózó (3)	8,34	47%
Fejlődő (4)	7,23	78%
Dinamikusan fejlődő (5)	11,79	77%

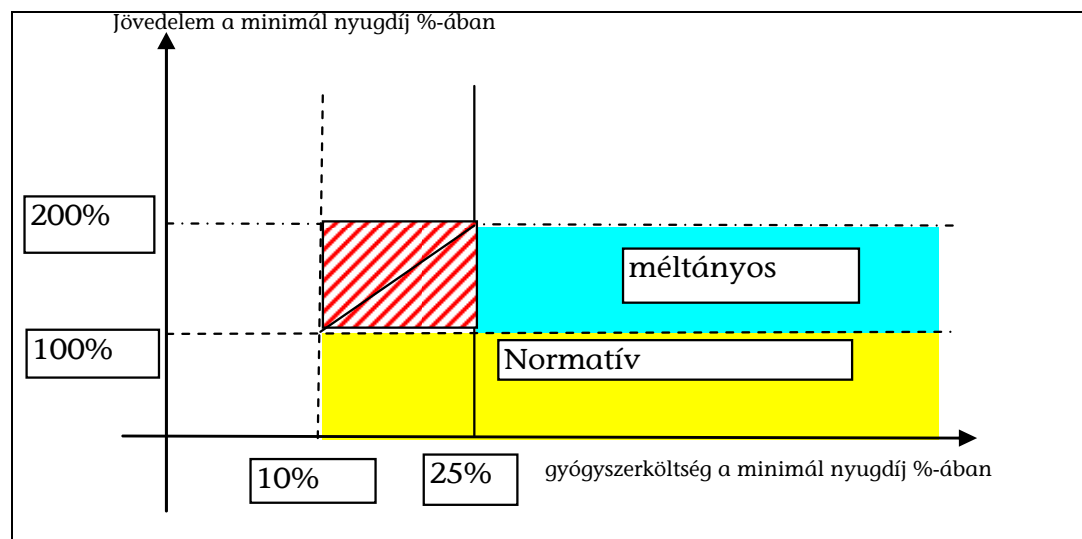
Az egyedülálló kategóriájában a felső határt a törvényben előírt minimumszinten (200%-on) szabályozta 40 önkormányzat, és a felső határ legmagasabb szintű megállapítása, (amely 300%) 5 önkormányzatnál fordult elő. Ők a dinamikusan fejlődő települések.

Csak a jövedelmet vizsgálva, és a gyógyszerköltséget nem figyelembe véve, az ország egyes településein a 28 500 Ft és a 42 750 Ft, illetve egyedülálló esetén az 57 000 Ft közötti egy főre jutó jövedelemsávban egyforma a hozzájutás esélye. Az e fölötti jövedelemnél a helyi rendeletről függő.

A méltányos közgyógyigazolványhoz való jutás másik feltétele az igazolt gyógyító ellátások költsége, amelynek legmagasabb mértékét a mindenkori legkisebb öregségi nyugdíj 25%-ban állapítja meg az Sztv. az önkormányzatok ré-

szére. Az önkormányzat helyi rendeletében ennél magasabbat nem állapíthat meg, csak alacsonyabbat.

1. számú ábra

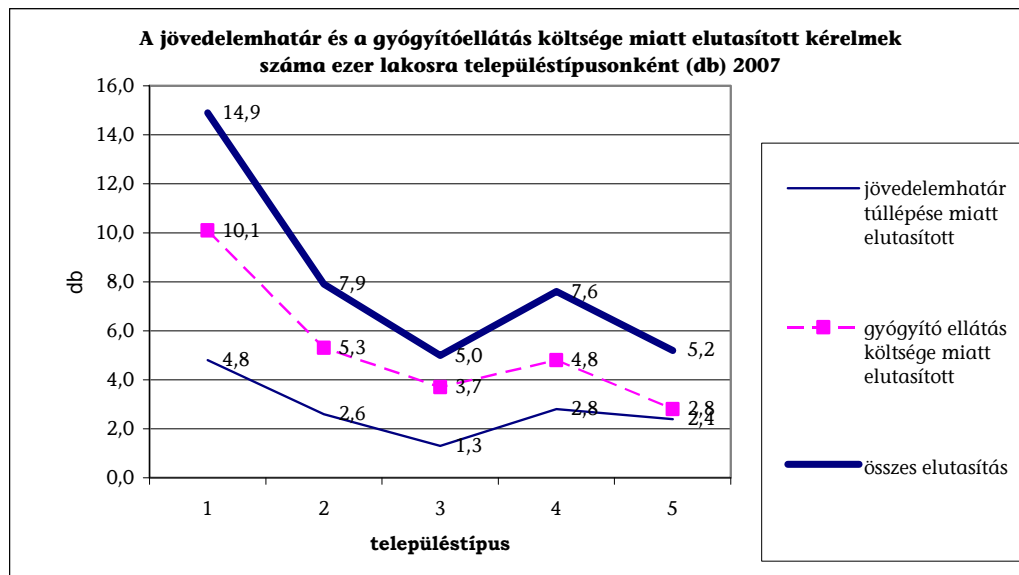


Az 1. számú ábra a normatív és mértányos igazolványhoz jutás feltételeit mutatja egy olyan településen, ahol mértányos igazolványhoz a 25%-os gyógyító költség igazolása és a minimál nyugdíj 200%-a a jövedelemhatár. Az áthúzott négyzetbe tartozók nem jutnak közgyógyellátáshoz.

A legenyhébb szabályzást, azaz a 10%-os (2850 Ft) gyógyító ellátás mértékét feltételként előíró önkormányzat a 70-es mintában összesen 9 volt, de ebből csak 5 olyan, pl. életkori feltételhez ezt nem köti. Mind az 5 település az 5-ös besorolású, azaz a leggazdagabb településekhez tartozik. A települések több mint fele, 40 település a törvényben előírt 25%-os, legszigorúbb szintet nevesíti a szabályozásban, és 25 településen a minimum és maximum szinttől eltérő, vagy vegyes szabályozás van érvényben. A 7125 Ft-ot meghaladó gyógyító ellátás költség esetén (nagyobb egészségügyi rászorultság esetén) az ellátás mindenki számára biztosított, ahol az önkormányzat rendelkezett a mértányos közgyógyellátásról. (A 70-es mintában egyetlen önkormányzat fordult elő, aki helyi rendeletben nem szabályozta ezt, így ott ez a lehetőség nem biztosított).

Az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés egy mutatója<sup>51</sup> a közgyógyellátásra benyújtott kérelmek elutasításának aránya. A jövedelemhatár túllépése és a gyógyító ellátás költsége miatt elutasított kérelmek száma az egyes településtípusokban eltérő.

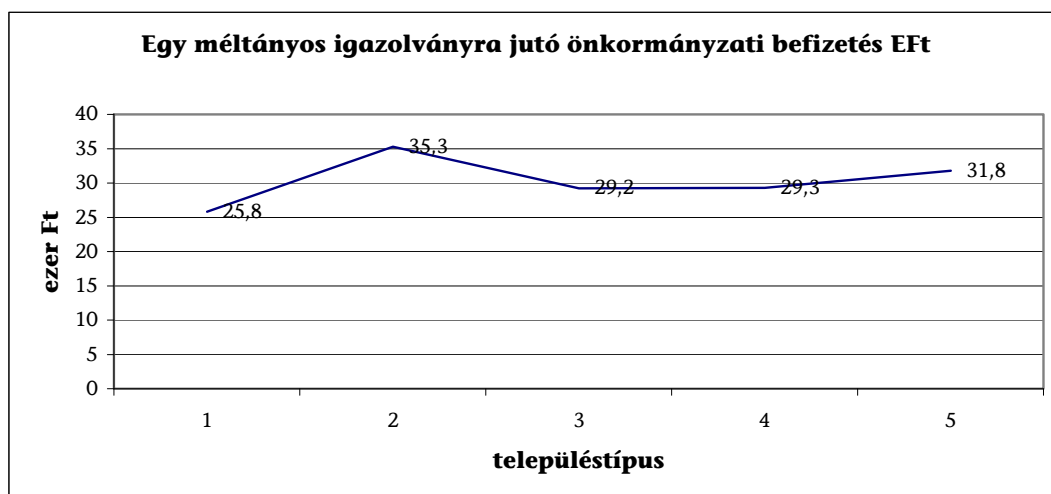
<sup>51</sup> Általunk a vizsgálathoz alkalmazott mutatók.



A 13. számú grafikonon látható, hogy a gyógyító ellátás költsége miatti elutasítás a gyakoribb. Az ország legszegényebb településein 1000 lakosra jutó gyógyszerköltség miatti elutasítások száma kétszer magasabb, mint a jövedelemhatár túllépése miatt elutasítások száma. Ezekon a településeken az 1000 lakosra jutó elutasítások száma háromszorosa a leggazdagabb településekhez képest.

A legszegényebb településtípust leszámítva a másik négy kategóriában viszonylag kiegyenlített az ellátáshoz való hozzájutás, az összes elutasítás 1000 lakosra vetítve 5-7,9 között mozog. Tehát országosan a legszegényebb települések kivételével nem jellemző, hogy a település szegénysége miatt több lenne az elutasítás. A legszegényebb településeken – amelyeken a lakosság 8%-a él – többen szorulnak ki a benyújtott kérvények elutasításának száma alapján a méltányos közgyógyellátásból az ország többi településéhez képest. De fontos hozzátenni, hogy az ország ugyanezen legszegényebb településein a közgyógyellátásban részesülők száma (70,17 fő/ezer fő) összesen (alanyi, normatív és méltányos jogcímen) kétszer nagyobb az ország leggazdagabb településeire (31,6 fő/ezer fő) képest.

## 14. számú grafikon



A 70-es mintából 8 önkormányzat nem adott ki méltányos igazolványt 2007-ben. A többi 62 településen az egy méltányos igazolványra jutó átlagos önkormányzati befizetés (a gyógyszerkeret 30%-a) 25,8 E Ft és 35,3 E Ft között szór (ehhez 86 E Ft-os, illetve 117,7 E Ft-os éves egyéni gyógyszerkeret kapcsolódik) és nem mutat összefüggést a település fejlettség szerinti besorolásával.

Tehát a fentiekből megállapítható, hogy a méltányos igazolványhoz való jutás az ország legszegényebb besorolású településein mind a kártyához való jutás helyi szabályai szempontjából, mind az elutasítások számából nézve nehezebb, mint az ország más településein. Az ellátásból való kiszorulás – a legkisebb öregségi nyugdíj a 25%-nál alacsonyabb gyógyszerköltség, vagy annak 200%-nál magasabb jövedelem esetén – ugyanakkor bármilyen településtípuson előfordulhat, ahol az önkormányzat a legszigorúbb szabályozást alkalmazza.

Az önkormányzati autonómia a közgyógyellátás helyi szabályainak megállapításakor az önkormányzatok véleménye szerint jó, mert saját anyagi lehetőségeiknek megfelelően tudják bővíteni az ellátást, és a szabályok megállapításánál figyelembe tudják venni a település lakosságának korösszetételét.

### **3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RÁSZORULTSÁG ELVÉNEK ÉRVÉNYESÜLÉSE A GYÓGYSZERTÁMOGATÁSBAN**

#### **3.1. A szakhatósági állásfoglalás kialakítása, a gyógyszerkeret meghatározása**

A közgyógyellátás gyógyszer-szolgáltatása esetében 2006. július 1-je óta egyénre szabott gyógyszerkeretet vezettek be, ami figyelembe veszi a betegek azon gyógyszer-szedését, amelyek a háziorvosi igazoláson szerepelnek. Bár az Sztv. az egyéni gyógyszerkeret összegét a beteg rendszeres gyógyszer-szükségletének támogatására hozta létre, a gyógyító ellátások elismert költségeinek megállapítása során szerepelhetnek nem krónikus betegséget alátámasztó BNO kódok (betegségek), nem tartós gyógyszer-szedésre alkalmas/ajánlott készítmények, és ezek ára is szerepet játszik a gyógyszerkeret kialakításában. Sem az ügyintézők,

sem a KÖZGYÓGY2005 szoftver automatikusan nem vizsgálja, hogy a házi-orvosi igazoláson szereplő BNO krónikus betegséghez kapcsolódik-e, a betegnek rendelt gyógyszeres terápia tartós-e, így nem biztosított, hogy a keret a rendszeres gyógyszeres szükséglet kielégítésére szolgál.

A jogszabály<sup>52</sup> értelmében a MEP az egészségügyi miniszter által elfogadott és hivatalosan közzétett terápiás eljárásrendekben, illetve szakmai irányelvekben az adott betegség kezelésére meghatározott hatóanyagok figyelembe vételével alakítja ki szakhatósági állásfoglalását a havi rendszeres gyógyító ellátás díjáról. Amennyiben nincs nyilvánosan közzétett és elfogadott terápiás eljárási rend, illetve szakmai irányelv akkor a házi-orvosi igazoláson feltüntetett hatóanyagot kell alapul venni. A MEP-ek nem alkalmazzák<sup>53</sup> a terápiás eljárási rendeket és szakmai irányelveket, minden esetben a házi-orvosi igazolás alapján alakítják ki a szakhatósági állásfoglalásokat. A MEP-eknek kiadott eljárásrend<sup>54</sup> értelmében a gyógyító ellátások elismert költségeinek meghatározása során a szakhatóság nem bírálhatja felül a házi-orvost. Tevékenysége nem ad szakmai hozzáadott értéket a beteg terápiájának megállapításához, és az Sztv. céljainak megvalósításához.

A szakhatósági állásfoglalást elkészítő orvosok és gyógyszerészek a gyógyító ellátások elismert költségének összegét állapítják meg, a KÖZGYÓGY2005 számítógépes program elvégzi a beárazási feladatok jelentős részét (automatikus besorolás). A KÖZGYÓGY2005 program továbbfejlesztésével, és a szükséges törzsadatbázisok létrehozásával/fejlesztésével (TTT-BNO párosítás, közhiteles orvos és szakvizsga adatbázis, terápiás ajánlások) a beárazási tevékenység automatizálhatóvá tehető.

**Az OEP-ben és a megyei pénztárakban az ellenőrzési kapacitás 80%-a betegek egyedi gyógyító ellátásai elismert költségeinek megállapításával foglalkozik.** Az OEP ellenőrzési apparátusának jelentős részét köti le olyan feladat, ami alapvetően nem ellenőrzési tevékenység, és amelynek nincs valódi, szakmai hozzáadott értéke a folyamathoz, mivel az eljárásrend értelmében nem kötelesek vizsgálni a betegek által korábban kiváltott gyógyszereket, a beteg krónikus betegségeit, és nem bírálhatják felül a házi-orvos által megállapított terápiát.<sup>55</sup>

A törvényalkotók eredeti szándéka az volt, hogy a MEP ellenőrizze a házi-orvos a betegségnek megfelelő gyógyszeres terápiát alkalmaz-e a kezelés során.

---

<sup>52</sup> 25/2006. (VI. 26.) EüM rendelet a közgyógyellátásra jogosult gyógyszerkeretének megállapításához szükséges készítmények kiválasztásának szabályairól.

<sup>53</sup> A rendelkezésre álló eljárási rendek és szakmai irányelvek sok esetben nem is alkalmasak az egészségbiztosító elveinek érvényesítésére.

<sup>54</sup> Eljárásrend a közgyógyellátottak gyógyszerkeretének megállapításáról, a szakhatósági állásfoglalás elkészítéséről és a közgyógyigazolvány kiadásáról – 2007. február 20. V.3. számú verzió.

<sup>55</sup> A személyes adatok és a betegségekre vonatkozó adatok együttes kezelése miatt (szenzitív adat) az adatvédelmi törvény alapján szükséges szakorvos, szakgyógyszerész részvétele a szakhatósági állásfoglalás kialakításához.

A beteg állandó gyógyszereinek költségét a reformot megelőző rendszerrel el-  
lentétben nem a házi orvos által igazolt készítmények patikai térítési díja alap-  
ján állapítják meg.<sup>56</sup> A szakhatósági állásfoglalás a „javasolt” gyógyszerköltsé-  
get több ponton nem ismeri el teljes egészében, a KÖZGYÓGY2005 szoftver, így  
a betegek költségeit a korábbi rendszerben megállapítottnál és a házi orvos ál-  
tal rendelt terápia költségénél alacsonyabb szinten ismeri el.

A MEP-ek a beteg gyógyító ellátásainak elismert költsége meghatározása során  
több lépcsőben csökkentik a beteg házi orvos által „javasolt”<sup>57</sup> gyógyszerköltségét”  
és ennek alapján határozzák meg a havi gyógyszerkeretet.

1. A beteg tartós gyógyszereszedésén alapuló házi orvosi igazolást a tartósan  
szedett gyógyszerekről, a beteget kezelő házi orvos alakítja ki, költsége a patiká-  
ban fizetendő térítési díj,<sup>58</sup> a továbbiakban – „javasolt gyógyszerköltség”.

2. A MEP-eknél alkalmazott KÖZGYÓGY2005 szoftver a beárazás során a házi-  
orvosi igazoláson szereplő készítményeket besorolja, és a szakhatósági állásfog-  
laláson a havi kúraköltség alapján a legalacsonyabb terápiás költségű készít-  
ményekre cseréli – beárazás során ezekkel a készítményekkel kalkulált betegté-  
rítési díj „központi költségvetési költség”.

3. A MEP-eknél alkalmazott KÖZGYÓGY2005 szoftver az Sztv. 50/A. § (7) be-  
kezdése szerint a házi orvosok által rendelhető (OGYI „V”-s besorolású) készít-  
mények összköltségét 6000 Ft-ig veszi figyelembe – „elismert gyógyszerköltség”. A  
6000 Ft feletti összeg a házi orvosi igazoláson lévő szakorvosi javaslatra, illetve  
csak szakorvos által rendelhető gyógyszerek esetében az egészségbiztosítási  
szerv vezetőjének döntése alapján állapítható meg.

4. A havi felhasználható gyógyszerkeretet a települési önkormányzat jegyzője  
(jogszabály alapján) 12 000 Ft-ig állapítja meg.

A 8/a – 8/b. sz. mellékletben szereplő táblázat két indokoltan magas gyógy-  
szerköltségű beteg gyógyszeres terápiáján mutatja be a gyógyszerköltségek le-  
vágását.

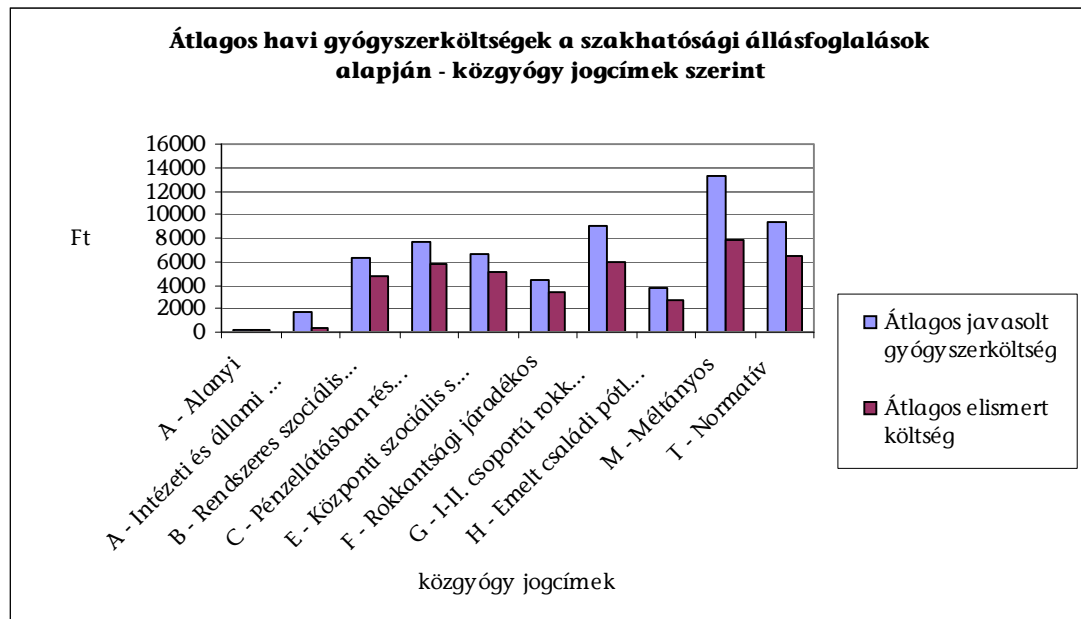
A 15. számú grafikon közgyógyellátási jogosultsági jogcímenként mutatja be,  
hogy mekkora a különbség a házi orvos által átlagos „javasolt gyógyszerköltség”  
és az átlagos „elismert” gyógyszerköltség között. Az ábrán az is megfigyelhető,  
hogy legmagasabb átlagos költséggel, „javasolt” költséggel és „elismert költség-  
gel” a méltányos közgyógyigazolvány igénylők rendelkeznek, őket a I-II. cso-  
portú rokkantak és a normatív igazolványt igénylők követik.

---

<sup>56</sup> A korábbi rendszerben a patika árazta be a betegek gyógyszereit.

<sup>57</sup> Valós gyógyszerköltség: ennyi lenne a beteg térítési díja, ha a házi orvosi igazoláson  
szereplő készítményeket váltaná ki.

<sup>58</sup> Az összeg nem szerepel a házi orvosi igazoláson, ez a patikai térítési díjak alapján  
számított költség.



Forrás: OEP adatszolgáltatás

A „keretlevágások” az igazán súlyos és drága betegséggel (vagy több egyidejűleg fennálló súlyos betegséggel) élő betegeket érintik hátrányosan. A rendszer előnyösebb az általában olcsó kezeléssel járó betegségekénél. A keretlevágások következtében korlátozottan érvényesül az egészségügyi célzottság.

### 3.2. A gyógyszerkeret megállapítás ellentmondásai

A közgyógyellátás eltérő jogcímein (alanyi, normatív, méltányos) más-más gyógyító ellátási költséget kell igazolni ahhoz, hogy az igénylő közgyógyellátási igazolványhoz juthasson.<sup>59</sup>

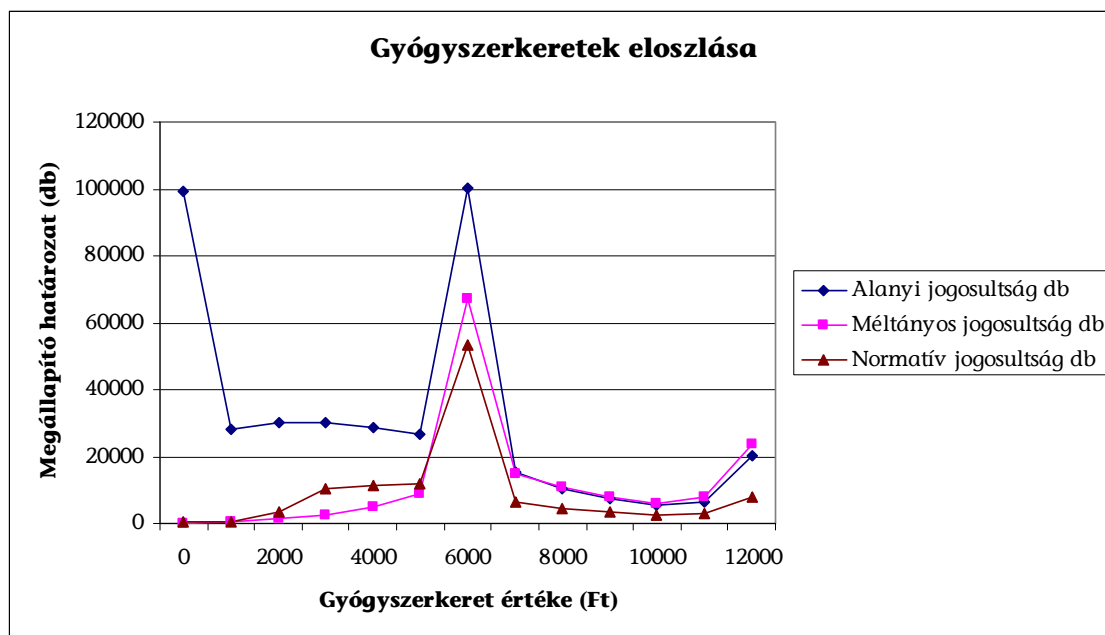
Ezt mutatja, hogy alanyi körben már 0 Ft,<sup>60</sup> normatív körben a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének 10%-át, 2850 Ft-ot meghaladó elismert gyógyító ellátási költség mellett válik a beteg egészségügyi szempontból jogosulttá közgyógyellátási igazolványra. Méltányos jogosulti körben az önkormányzati rendelet határozza meg azt a minimális gyógyító ellátási költséget, amellyel közgyógyellátási igazolványhoz lehet jutni, ami terjedhet: 0 Ft-tól az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 25%-ig, azaz 7125 Ft-ig. „egészségügyi szempontból rászorult”-ság feltétele nem egységes a közgyógyellátás eltérő jogcímein.

A 16. számú grafikon a megállapított gyógyszerkeretek eloszlását mutatja közgyógyellátási jogcímei szerint megbontva.

<sup>59</sup> Az alanyi jogcím esetén a költségigazolás az egyedi gyógyszerkeret megállapításának feltétele.

<sup>60</sup> Havi rendszeres gyógyszerkeret megállapításához havi 1000 Ft-ot meghaladó gyógyszerköltséggel mindenképpen kell rendelkezni.

## 16. számú grafikon



Forrás: OEP adatszolgáltatás

A Szt. 50/A. § (7) bekezdése szerint legfeljebb 6000 Ft-ig vehetők figyelembe a házi orvos által rendelhető készítmények. Az ezen felül jelentkező költségeket a szoftver levágja. Ezért mindhárom kategóriában az elismert gyógyszerköltségek 6000 Ft-nál mutatnak halmozódást. A jegyzői határozat maximum 12 000 forintos keretet állapíthat meg, ezért a keretek eloszlását bemutató ábrán nem szerepelhetnek a 12 000 Ft-ot meghaladó költségek, így az ábra itt is halmozódást mutat.

A megállapított átlagos gyógyszerkeret a vizsgált időszakban folyamatosan csökkent. A 2007. őszi közel 7000 Ft-hoz képest 2008-ban 5000 Ft körüli értéket mutat.

A betegek a számukra elismert gyógyszerköltségnél kisebb értékű gyógyszert váltanak ki, így keretmaradványok keletkeznek, amelyet a 4. sz. tanúsítvány mutat be. Ennek részben indoka, hogy a gyógyszer és gyógyító ellátás elismert költségeinek megállapítása során, a házi orvosi igazolásokon a beteg által tartósan szedett gyógyszereknél több, és többféle készítmény „töltelék” gyógyszer jelenik meg; részben a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény életbe lépése hatására bekövetkezett gyógyszerár csökkenés. A 2008. I. félévében lejárt 207 711 db kártyabirtokos 32%-a használta fel legalább 90%-os mértékben a keretét. 15 295 kártya esetében a keretmaradvány az arra feltöltött összeg 90-100%-a volt, ez a lejárt kártyatulajdonosok 7,4%-a. Ezekben a kártyákon összesen 554 026 E Ft keretmaradvány képződött. A kártyatulajdonosok által fel nem használt keretösszeg összértéke 5280 M Ft, ami a számukra megállapított teljes keretösszeg 33%-a volt.

A házi orvosok az igazoláson sok esetben a beteg valós gyógyszerigényét meghaladó mennyiségű és számú gyógyszert igazolnak (9. sz. melléklet). Né-

hány a háziiorvosi igazolásokon gyakran szereplő készítmény esetében mutatja be az igazoláson szereplő (és a keretszámítás során figyelembe vett) dobozmennyiség és a később kiváltott mennyiség arányát. A táblázat adatai alapján a betegek a fenti készítményeket 40%-ban váltották ki.

A választható készítmények köre bővült. A korábbi listán 705 db készítmény szerepelt, jelenleg minden járóbeteg ellátás keretében rendelhető, társadalombiztosítási támogatásba befogadott készítmény rendelhető és kiváltható a közgyógyellátás terhére. Így a betegek a közgyógyellátás terhére igénybe vehetik a szokásosan használt gyógyszereiket, amennyiben az a háziiorvosi igazoláson szerepel. A hatályos jogszabályok megengedik, hogy ne csak az igazoláson szereplő készítményt, hanem vele azonos hatóanyag csoportú készítményt is kiválthasson a beteg.

A beárazás során számos probléma zavarja a betegek valós gyógyszerköltségének, egészségügyi rászorultságának megállapítását.

- a KÖZGYÓGY2005 program és a gazdaságos gyógyszerrendelést segítő program a „*legolcsóbb terápia*” kiválasztása során nem feltétlenül vezet azonos készítményhez, mivel az előző a havi kúraköltség alapján, míg az utóbbi a napi terápiás költség és a referencia termék alapján jelöli ki a „*legolcsóbb*” készítményt, így a KÖZGYÓGY2005 program gyógyszerválasztása szempontjából fontos szerepe van, a gyógyszer dozированияának és adott készítmény kiszerezésének (10. sz. melléklet).
- A keretmegállapítás során a KÖZGYÓGY2005 szoftver a gyógyszer OGYI által definiált rendelkezési kategóriája alapján sorolja be a készítmény árát az „*alsó*”, illetve „*felső*” 6000 Ft-ba, ami egyes betegségek esetén a biztosító finanszírozási elveivel és a beteg érdekeivel ellentmondó eredményre vezet.

Az OEP Gyógyszerügyi Főosztálya által készített elemzés értelmében az elismert gyógyszerköltségek 6000-6000 Ft-os megbontása alapvetően fiskális szemléletű, és a szakmai érvek nem ilyen arányú megbontást támasztanak alá. Az elemzés vizsgálta a keretmegbontás hatását a betegek közgyógyellátási jogosultságának megszerzésére és a betegséghez igazodó terápia felállítására. Az OEP elemzés szerint: *„Az „alsó” és a „felső” keret szétválasztása álláspontunk szerint nem a 6000-6000-es tengely mentén célszerű, a kevésbé szükséges gyógyszerekre 4000 Ft-os limitet, az életfontos készítményekre 8000 Ft-os limitet javasolunk biztosítani.”*

Az OEP Gyógyszerügyi Főosztályának javaslata alapján *„az egyéni gyógyszerkeret megállapítása során a gyógyszerészeti hatóság által megadott rendelkezési helyett a támogatási kategóriákat (biztosító által meghatározott „rendelhetőséget”) kell figyelembe venni, vagyis a keretösszeg „alsó” részébe az általános jogcímen támogatott készítmények térítési díját, míg „felső” részébe a Tb. támogatással indikációhoz kötöten rendelhető készítmények térítési díját célszerű bekapcsolni.”*

- Egyes készítmények kiszerezése (28X, 56X) a havi kúraköltség számítása során a tényleges igénynél nagyobb mennyiségű gyógyszerköltség elismeréséhez vezet (11. sz. melléklet). Egyes készítmények valós és a számított gyógyszerigénye és költsége közötti éves szinten mutatkozó lényeges különbséget mutatja be.

A 28X-os kiszerezésű Plavix esetében napi 1X1-es adagolás esetén 131 680 Ft, napi 2X1 adagolás esetén 118 512 Ft, napi 3X1-es adagolás esetén 105 344 Ft több-

letkölség jelenik meg az elismert gyógyszerkeretben, mert a kúraköltséget havi és nem éves szinten állapítja meg a biztosító.

- A közgyógyellátás terhére az egészségbiztosító által támogatott készítményeket lehet kiváltani, ebbe beletartoznak a 0%-ban támogatott termékek is. 6454 gyógyszerféleség (TTT) rendelhető 0%-os támogatással. Ezen termékek esetén a gyógyszerkeret számításba beleszámít a termék teljes ára, amelyhez a biztosító nem nyújt semmilyen támogatást. 2008 első félévében a központi költségvetés 2,7 Mrd Ft támogatást nyújtott a Tb. által nem támogatott készítmények megvásárlásához közgyógy jogcímen.<sup>61</sup>

Az OEP Gyógyszerügyi Főosztálya elemző anyagában a következő véleményt alakította ki a 0%-ban támogatott termékkörrel: *„a beteg számára nem hoz olyan egészségnyeréséget, hogy a biztosító valódi támogatást nyújtson, ezekhez a termékekhez, azonban mivel jogilag a támogatott termékkörbe tartoznak ezek a gyógyszerek is a közgyógyellátásban a teljes ár erejéig vesznek részt a gyógyszerkeret meghatározásában. A források hatékony felhasználásának szükségszerűsége indokoltta teszi, hogy azokhoz a gyógyszerekhez, melyhez a biztosító nem ad egyetlen forinttámogatást sem, a szociális rendszer se segítsen hozzájutni.”* A fenti vélemény megegyezik az ÁSZ ellenőrzés véleményével.

A fenti problémák mindegyike zavarja az „egészségügyi rászorultság” mértékének az egyéni gyógyszerkeretben való tükröződését, mert egyes esetekben felül, más esetben alulárzza a beteg által szedett készítményeket.

Nincs jelentős eltérés megyénként az orvosok által a háziorvosi igazoláson szerepeltetett betegségek száma (BNO), illetve gyógyszerféleségek száma (TTT kódok) között. Bár a megyénként megállapított központi költségvetési gyógyszerköltségek átlaga jelentősen eltérő (4687 Ft-tól, 13 635 Ft-ig), azonban az elismert gyógyszerköltség a keretlevágás következtében megyénként már nem mutat ilyen mértékű szórást (3900-6350 Ft-ig). A háziorvosi igazolásokon szereplő gyógyszerköltségekben talált jelentős megyei különbség okát, a betegek eltérő összetételét, illetve a háziorvosok eltérő gyakorlatát a háziorvosi igazolások összeállításában mélyebb szakmai elemzés tudná feltárni.

A szakhatósági állásfoglalásokon azonos gyógyszeres terápia nem vezet feltétlenül azonos gyógyszerkerethez. A gyógyszerköltség meghatározás során bár az egyes megyei egészségbiztosítási pénztárak azonos szoftverrel dolgoznak, és a szoftver a készítmények többségét automatikusan beárzza, de egyes készítmények besorolása során a szakhatósági állásfoglalást készítő ügyintéző határozza meg annak kategóriáját. Emellett minden termék kézi módon is besorolható. A „VN” (vény nélkül) jelzésű terméket – mivel a besorolásuk kézi – a szakhatósági állásfoglalás során az ügyintéző besorolhatja a V-s, SZ-es vagy J-s jelzésű kategóriába is, meghatározva, hogy az a gyógyszerkeret „alsó” vagy „felső” 6000 Ft-ját terheli-e. Az egyes megyékben a kiválasztott VN jelzésű termékek nem azonos arányban kerülnek a V-s, SZ-es, illetve J-s kategóriába, így eltérő mértékben járulnak hozzá a betegek gyógyszerkeretéhez (12. sz. melléklet). Így

---

<sup>61</sup> Közgyógy emelt jogcímen a társadalombiztosítás további 2,84 milliárd, közgyógy kiemelt jogcímen 3,59 milliárd támogatást nyújtott az egyébként 0% támogatást élvező termékekhez, betegséghez (indikációhoz) kötötten.

azonos gyógyszeres terápia a megyei gyakorlattól függően nem feltétlenül vezet azonos elismert gyógyszerköltséghez.

A háziiorvosi igazolás „Megjegyzés” rovata több olyan információt hordozhat, amely a készítmény beárazását befolyásolja. Ezeknek a feldolgozását a KÖZGYÓGY2005 program nem segíti. Ilyen az indikációhoz kötött emelt és kiemelt támogatás jelzése, a szakorvosi bélyegző száma, az orvos ragaszkodása egy megadott gyógyszerkészítményhez, s ennek indoklása. Ezekben az esetekben a gyógyszerek betegtérítési díjának meghatározását (ami függhet a beteg diagnózisától, a rendelő orvos szakvizsgájától, a rendelés helyétől), a szakhatóság végzi el. Ezekben az esetekben a program nem automatikus besorolást, hanem az ügyintéző kézi besorolást végez, az adatok folyamatba épített ellenőrzését a KÖZGYÓGY2005 program nem végzi el. Azaz nem vizsgálja, hogy létezik-e az a szakorvosi pecsét, rendelkezik-e az orvos megfelelő szakvizsgával, adott beteget kezelnek-e az igazoláson szereplő betegséggel, adott BNO kódjához – azaz betegségéhez – rendelhető-e valamely gyógyszer és milyen támogatással. A folyamatba épített ellenőrzés megteremtéséhez, a fenti törzsadatbázisok létrehozása, fejlesztése elengedhetetlen. Jelen helyzetben az ügyintéző „*lelkiismeretességén*”, illetve idején múlik, hogy a fenti adatokat az állásfoglalás kialakítása során figyelembe veszi-e, illetve ellenőrzi-e.

A szakhatósági állásfoglalás kialakítása során az ügyintézők nem vizsgálják kötelezően a megelőző gyógyszerfogyasztást. A KÖZGYÓGY2005 program, közvetlenül és automatikusan hív be TAJ számhoz rendelt adatokat a betegek megelőző 3 éves időszakában kiváltott gyógyszerkészítményeiről. Az abban szereplő adatok tájékoztató jellegűek, mivel sem a háziorvosnak nem kötelező a háziiorvosi igazoláson a beteg által korábban szedett készítményeket megjeleníteni, sem a besorolást végző szakhatóság nem köteles az igénylőnek előzetesen rendelt terápiát figyelembe venni.

### **3.3. Az egészségügyi rászorultság ellenőrzése**

2006 júliusáig<sup>62</sup> a közgyógyellátás keretében a 705 felírható gyógyszer esetén mennyiségi vonatkozásában nem volt korlát. A közgyógylistán szereplő készítményeket korlátlanul (a kezelőorvos rendelésének megfelelően) kiválthatták az igazolvánnyal rendelkezők. A közgyógyellátás reformja során kialakított gyógyszerkeret pénzügyi és egyben mennyiségi korlátként szerepel a jogosultak gyógyszer kiváltásában (évente legfeljebb 150 ezer forint értékben).

A kiváltott gyógyszerek és a háziiorvosi igazolásban szereplő készítmények összhangjának ellenőrzésére 2006 júliusától – a háziiorvosi igazolás megjelenésétől – volt mód, az azt megelőző időszakban az érvénytelen közgyógyellátási igazolványokra történt társadalombiztosítási támogatás-elszámolás felderítése volt az OEP ellenőrzések célja. A közgyógyellátási igazolvány alapján történő támogatás kifizetést az OEP 2005-ben és 2006-ban is ellenőrizte. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. Sztv. 2005 áprilisával

---

<sup>62</sup> 2007 októberében cserélték le az utolsó régi típusú közgyógy igazolványt, addig a két rendszer párhuzamosan működött.

előírta, hogy érvényüket veszítik a TAJ azonosító nélküli közgyógyigazolványok.

Az OEP ellenőrzések tapasztalata szerint 2005-ben az ellenőrzésre kijelölt vények 82,5%-a hibás volt: 43,6%-ban az önkormányzatok (jelentési kötelezettség, illetve annak határideje elmulasztása), 4,1%-ban MEP (hibás munkaszervezési gyakorlat, létszámhiány), 4,9%-ban gyógyszerértár felelősségi körében (ellenőrzési kötelezettség elmulasztása expedálás során). Az orvosok 3,2%-ban voltak felelősek az érvénytelen támogatás-elszámolásban, ezen túl az orvosok ellenőrzése rámutatott arra, hogy a közgyógyellátási igazolványok következetes, minden igénybevételekor történő ellenőrzése sehol sem történik meg.

A 2006-ban hasonló céllal lefolytatott ellenőrzés már javuló tendenciát mutatott, az ellenőrzésre kijelölt vények 27,7%-a volt hibás. Az önkormányzatok 8,5%-ban, a MEP-ek 0,1%-ban, a gyógyszerészek 12,7%-ban, az orvosok 6,1%-ban, a betegek (tájékozatlanság) 0,2%-ban voltak felelősek az érvénytelen támogatás elszámolásért.

2006 júliusától a VirEP on-line rendszer üzembe lépésével, majd 2007 októberétől a közgyógyellátási igazolványok teljes körű cseréjével a patikai rendszerek és az OEP hatósági nyilvántartása közötti kapcsolat megteremtésével folyamatba épített ellenőrzést végeznek. Mind a házi orvos, mind a patika naplózza azon betegeket, akiknek nem érvényes a biztosításuk, de a szolgáltatást így is biztosítják a betegeknek. A jogviszony ellenőrzés keretében kiszűrtek adatait az egészségügyi szolgáltatók átadják az APEH-nek, aki eljárást kezdeményez.

A kiváltott gyógyszerek és a házi orvosi igazolásban szereplő készítmények összhangjának elemzéséről 2007 októberében az OEP ellenőrzési osztálya összefoglalót készített. A hatályos jogszabály<sup>63</sup> szerint a közgyógyellátás során figyelembe vett – a házi orvosi igazoláson és a szakhatósági állásfoglaláson is szereplő – hatóanyagot tartalmazó terápiás alcsoportba tartozó bármely támogatott gyógyszer rendelhető és kiváltható. Az OEP ellenőrzés célja az volt, hogy megállapítsa, a házi orvosok a jogszabályi előírásoknak megfelelően csak azokat a gyógyszereket rendeltek-e közgyógyellátás jogcímen, ami szerepelt az általuk kitöltött házi orvosi igazoláson és a MEP szerepeltette a szakhatósági állásfoglaláson. Az elemzés eredményeként megállapították, hogy az 5124 orvos több mint fele nem tartotta be a jogszabályt, azaz nem a szakhatósági állásfoglaláson lévő gyógyító ellátást rendelte a betegeknek vényen közgyógyellátás terhére. Az elemző munka döntési javaslata volt, hogy minden megyében a hibás gyakorlatot folytató orvosok 10%-a ellenőrzésre kerüljön. (Az ellenőrzés nem tért ki arra, hogy változtak-e időközben az egyéni terápiák.)

### 3.4. A betegelégedettség felmérése

A helyszíni vizsgálat kiegészítéseként betegelégedettségi vizsgálatot végeztünk az „újfajta” közgyógyigazolvánnyal rendelkező betegek körében. A kérdőíveket 20 patikában helyeztük el, gyógyszerértáranként 10-et. Ebből 13 gyógyszerértár küldött vissza összesen 115 db kérdőívet. Ez 57,5%-os visszaérkezési aránynak

---

<sup>63</sup> 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet a pénzügyi és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól.

felel meg. A kérdőívek tanulsága szerint a közgyógyellátottak összességében nem elégedettek a rendszer működésével.

A betegelégedettségi vizsgálat nem érte el azokat a pácienseket, akik korábban rendelkeztek közgyógyellátási igazolvánnyal, de az új rendszerben már nem folyamodtak érte, illetve nem kapták meg.

A közgyógyellátás keretében a válaszadók többsége 95% (155/163) gyógyszer és/vagy gyógyászati segédeszköz ellátást vesz igénybe.

A válaszok alapján 42%-ban a háziorvos, 25%-ban a patikus, 11%-ban a polgármesteri hivatal, 15%-ban valamely ismerős, rokon tájékoztatta a jogosultat a közgyógyellátás lehetőségéről. A válaszadók 67%-a elégedett, és 33%-a elégedetlen a kapott tájékoztatással.

A válaszadók 45%-ának voltak problémái az igazolvány igénylése, megújítása során, ez magas arány. A válaszadók 55%-a válaszolt úgy, hogy problémamentesen lezajlott az igazolványigénylési folyamat. A válaszadók 38%-a (44 fő) 1 hónapon belül, 40%-a (46 fő) 3 hónapon belül, 21%-ban (24 fő) több mint 3 hónap alatt jutott hozzá az igazolványához. A 3 hónapot meghaladó ügyintézési idő az esetek 21%-ban magas.

A válaszadók 34%-a ítéli úgy, hogy a számára megállapított gyógyszerkeret elegendő, 66%-a kevesli azt. A „*meg tudja-e vásárolni a szükséges gyógyszereit?*” kérdésre összesen 108 db válasz érkezett. A válaszadók 36%-a válaszolta azt, hogy meg tudja vásárolni szükséges gyógyszereit, míg 63%-uk erre a kérdésre nemmel válaszolt. Az „*elegendő-e a gyógyszerkerete?*” kérdésre nemmel válaszoló 73 beteg közül 72 adott értékelhető választ a „*meg tudja-e vásárolni a szükséges gyógyszereit?*” kérdésre is. Közülük 72% (52 fő) úgy nyilatkozott, hogy nem képes megvásárolni a szükséges gyógyszereit.

A közgyógyellátás rendszerének javulására vonatkozó kérdésre 3 fő nem válaszolt. A válaszadók 31%-a (35 fő) ítéli úgy, hogy számára jobb lett a közgyógyellátás, mint a korábbi rendszer. A válaszadók 69%-a nem ítéli jobbnak az új rendszert.

A közgyógyellátás rendszerének minőségét firtató kérdésre egy értékelhetetlen válasz érkezett. A közgyógyellátási rendszer egészével való „*betegelégedettség*” összességében elszomorító képet mutat. A betegek 64%-ka (73 fő) elégedetlen a közgyógyellátás keretében igénybe vehető ellátásokkal.

## **4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RÁSZORULTSÁG ELVÉNEK ÉRVÉNYESÜLÉSE A KÖZGYÓGYELLÁTOTTAK GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ ÉS GYÓGYFÜRDŐ ELLÁTÁSÁBAN**

### **4.1. Változások az ellátásban**

A közgyógyellátás 2006. július 1-jéig korlátozás nélkül átvállalta az eszközökért fizetendő teljes beteg térítési díjakat. Azóta az Sztv. módosítása szerint csak az OEP által megállapított, ún. **közfinanszírozás alapjául elfogadott árig**

**ingyenesek a közgyógyellátás eszközei, szolgáltatásai, az ezen felüli összeget a betegeknek kell téríteni.** Ezzel az intézkedéssel csökkent a központi költségvetés támogatásának mértéke.

A közgyógyellátásra **felírható gyógyászati segédeszköz kör számottevően csökkent.** A Gyftv-t<sup>64</sup> megelőzően erre a jogcímre felírható 4128 termékfajleség száma 2006. december 1-jétől mintegy 30%-kal 2816-ra csökkent. A csökkentésben a forgalom nélküli termékek kivétele és a forgalmazói választék szűkítése egyaránt szerepet játszott. Jelenleg 2844 tételből áll a közgyógyellátásra rendelhető eszközfejlesztések száma. A 100%-os támogatottságúakat kivéve minden eszközcsoportból legalább egy eszköz felírható közgyógyellátásra is.

Szigorodott a kötszerek felírása, (mennyiségi korlát bevezetésével, változott az indikációs kör, felíró orvosok köre, kötelező lett a sebfelmérő lap használata). Megszűnt a térítésmentes, azaz 100%-os támogatott kötszer, valamint a társadalombiztosítási támogatás mértéke 85%-ról, 70% és 50%-ra mérséklődött bevezették a fix összegű támogatást.

Az ellátásban részesülők száma közel 60%-kal csökkent a 2005. évi 280 ezerről 111 ezerre 2008. I. félév végére, ugyanakkor az egy főre jutó társadalombiztosítási támogatás 40 ezer Ft-ról 59 ezer Ft-ra nőtt (46%), és a központi költségvetési, valamint önkormányzati támogatás 14 ezer Ft-ról 22 ezer Ft-ra (62%) emelkedett.

A **beteg térítések** a forgalmazók árjelentései alapján emelkedtek a 2005. évi 0 Ft-ról, 2006 második félévében összesen 104,3 M Ft-ra, (ebből 93,5 M Ft a gyógyászati segédeszközökre és 10,7 M Ft a gyógyászati ellátásokra jutó rész. (2. sz. tanúsítvány) 2007. évben tovább emelkedett összesen 140,8 M Ft-ra. Így a segédeszközök esetében az egy betegre eső átlagos önrész-fizetés 2006-ban 352 Ft, 2007-ben 670 Ft volt, a gyógyfürdő ellátásoknál 2006. II. félévben 545 Ft, 2007-ben 1701 Ft.

A kérdőíves **betegelégedettségi** felmérésünk szerint 48%-os arányban fordult elő, hogy közgyógyellátottnak is térítést kellett (volna) fizetniük gyógyászati segédeszközök kiváltásakor, de fizetésre csak mintegy 24%-uk volt képes (13. sz. melléklet). Az érintett betegek 60%-a hozzájutott a szükséges gyógyászati segédeszközökhöz. A jelenlegi közgyógyellátási rendszert azonban 77%-uk rosszabbnak ítéli meg a korábbihoz képest (13. sz. melléklet: Gyógyászati segédeszköz kérdőív 2. és 6. kérdésekre adott válaszok).

**Az ellátáshoz való hozzáférés megítélése nem egyértelmű,** mert egyrészt szűkült a választék, csökkent a támogatási mérték és bizonyos mennyiségi korlátozásokat vezettek be, ugyanakkor az ország több pontján érhető el a korszerűbb eszközök és szolgáltatások. 2005. évről 2008-ra a gyógyászati segédeszköz vényt elfogadó forgalmazó helyek száma 1806-ról 2070-re, a patiká-

---

<sup>64</sup> A Gyftv.-n túl megjelent a társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről, valamint a rendelés, forgalmazás, kölcsönzés és javítás szakmai követelményeiről szóló 19/2003. (IV. 29.) ESzCsM rendelet módosításáról szóló 41/2006. (XI. 13.) EüM rendelet.

ké 2094-ről 2426-ra és a gyógyfürdő szolgáltató helyek száma 137-ről 170-re bővült.

## 4.2. Az árlicit rendszere

A közfinanszírozás alapjául szolgáló árakat a gyógyászati segédeszközöknél ún. árcsökkentési eljárásban forgalmazói ajánlattételekkel („*árlicitekkel*”) alakítják ki 2007 óta. 2007 előtt kétévenként előírt ártárgyalásokat kellett tartania az OEP-nek. (A gyógyászati ellátásokban jelenleg is kétévenként előírt ártárgyalásokon alakítják ki ezeket az árakat.)

„*Árlicit*”:<sup>65</sup> az OEP-nek folyamatosan beadható forgalmazói árcsökkentési ajánlatok. Egy-egy eljárás minden negyedév végén zárul. Ekkor még három napig lehetőség van „*igazodni*” a várhatóan új, alacsonyabb referenciaárhoz, ha ilyenre beérkezett érvényes ajánlat.

Az első újszerű árlicit közben megváltoztatott szabályozás nem ösztönöz árversenyre. 2007. II. negyedév végének közeledtével hatályba léptettek egy módosító rendelkezést, amely szerint – ha referencia árcsökkentésre nem is, de – a megtett referencia árajánlattal azonos utólagos igazodásra bárki még egy háromnapos lehetőséget kapott.<sup>66</sup> A módosítást a folyamatban lévő eljárásokra is alkalmazni kellett. Ezzel a rendelkezéssel már nem ösztönöz a rendszer egyetlen forgalmazót sem további árcsökkentésre, mert nem valószínű, hogy kedvezőbb piaci helyzetbe kerülhet referencia árcsökkentéssel, hiszen utólag a többi szereplő is ugyanoda pozícionálhatja magát. Elegendő a pozíciók tartása, azaz mindenki a már egyszer kialakult referenciaár tartásában érdekelt.

A rendszer hiányossága, hogy akár csak 1 Ft (bizonyos esetekben képlettes) árcsökkentést is elfogad. Ezért előfordulhattak nem érdemi árcsökkentések is. Az elsőként lebonyolított, 2006. novemberi eljárásban a szállítói ajánlatok 71%-a 20 Ft-nál kisebb árcsökkenést tartalmazott. 2007-ben 127 termékcsoportot vizsgálva a csoportok átlag termékárainak nagyobb része (127-ből 91) növekedett, kisebb részéé (127 csoport közül 36) csökkent vagy stagnált. Termékcsoportonként az egy termékre jutó „*árak*” (azaz az együttes támogatást jelentő közfinanszírozás alapjául szolgáló árak) átlaga 3%-kal magasabb 2007-ben, mint 2006-ban (csak a reálisan összehasonlítható árak figyelembe vételével).

A finanszírozói árcsökkentési elvárásokkal kapcsolatban megfigyelhető például, hogy a közfinanszírozás alapjául szolgáló árak közül a top-listán évek óta megtalálható termékeké a vizsgált években nem csökkent, változatlan volt (lásd a

---

<sup>65</sup> Az árcsökkentési eljárás részletes szabályait a 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről 9. § (1)-(7) bekezdése rögzíti.

<sup>66</sup> 25/2007. (VI. 7.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításáról, valamint a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatása megállapításának egyes átmeneti szabályairól 1. § (1) bekezdése.

2/a – 2/e. sz. táblázatokat). A piacra (gyakran először külföldön) már bevezetett termékek technológiai költségeinek csökkenése indokolna árcsökkentéseket.

2007-ben összesen 528 gyógyászati segédeszköz forgalmazói árcsökkentési kérelem és 249 referencia árat érintő árcsökkentés (licit) alapján hozott határozatot az OEP. 2008 első öt hónapjában kérelemre 31 árcsökkentésről, referencia ár csökkenése ügyében 26 esetben döntöttek.

### 4.3. A gyógyászati segédeszközök igénybevételének ellenőrzése

Az OEP ellenőrzései elsősorban a kiugró elszámolási eseményekre fókuszálnak. A vizsgálatok eredményei azt jelzik, hogy a problémás eseteket kiemelik orvosszakmai ellenőrzésre, mert tényleges visszaéléseket tártak fel. Az összes finanszírozáshoz viszonyított orvosszakmai ellenőrzési arány a közgyógyellátásban alacsony, közgyógyellátásra irányuló ellenőrzést nem jelölték ki. A Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő Főosztály rendszerbe építetten nem kap írásos visszajelzéseket az eredményről az Elemzési és Szakmai Ellenőrzési Főosztálytól.

A közgyógyellátásra kiállított vényre kiszolgáltatják a terméket, szolgáltatást. A gyógyászati segédeszköz támogatást a forgalmazók utólagosan, összesítve számolják el az OEP (MEP-ek) felé megtérítésre. Kockázatot jelent számukra, hogy a közgyógyellátási igazolványok érvényességéről nincs módjuk meggyőződni a vénykiváltás időpontjában, mert nincs (csak a patikákban építették ki) on-line adatkapcsolatuk az OEP nyilvántartási rendszerével.

A tartós eszközök kihordási idejét nem ellenőrzi az OEP vényelszámolásokra alkalmazott (BÉVER) rendszere. A BÉVER rendszert felkészítették erre a feladatra, azonban nem vették használatba ezt a funkciót. Finanszírozási kockázatot jelent, hogy a gyártó, a forgalmazó, a páciens, egyaránt érdekelt lehet az eszközök előírtnál gyakoribb cseréjében. Az eszközök befogadási rendszere a minél olcsóbb termékek támogatásba fogadására ösztönöz. A kihordási idők figyelemmel kísérése hiányában a finanszírozó nehezen képes megítélni az olcsóbb – gyakran kevésbé tartós – eszközök alkalmasságát. Az OEP is felismerte ezt a kockázatot, melyet meg is fogalmazott: *ha az eszközök „a névleges kihordási időnél rövidebb ideig képesek funkciójuk teljesítésére, hosszabb távon a biztosító ráfizet a rövid távon kedvezőnek látszó eszközök befogadására.”*<sup>67</sup>

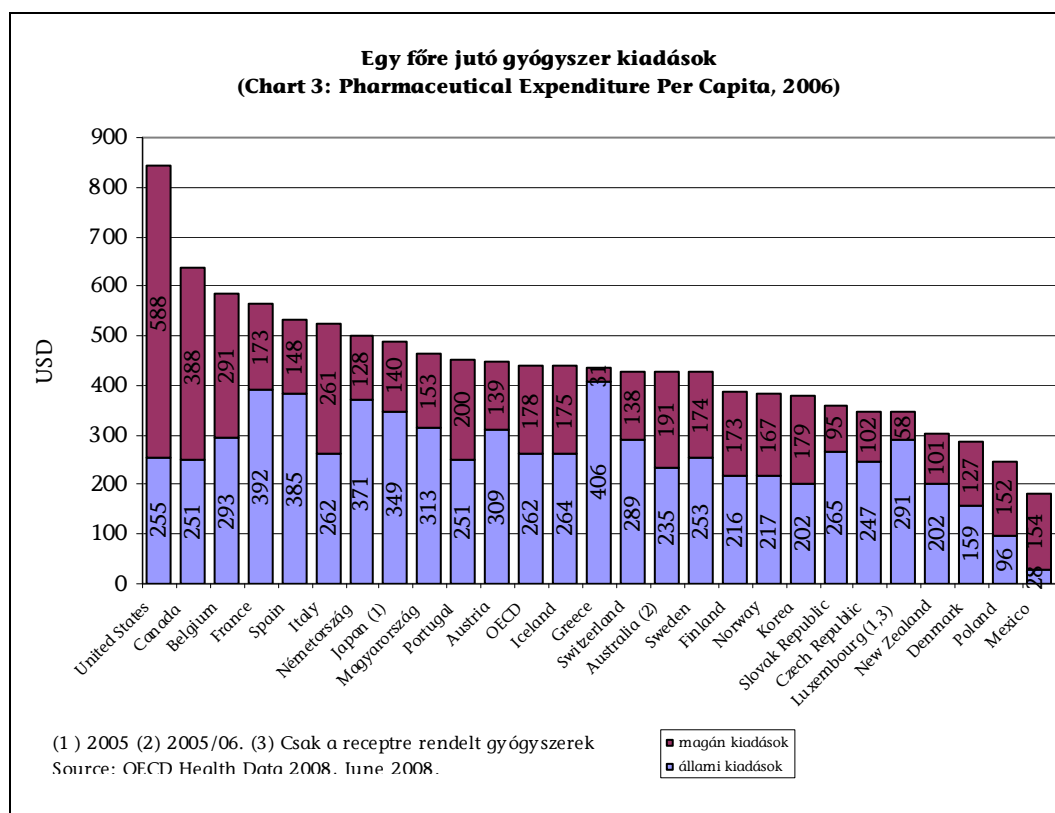
Az OEP fontos ellenőrzési területnek ítéli a szociális intézmények gyógyászati segédeszköz ellátásának vizsgálatát, ugyanakkor az adatvédelmi biztos 2006. július 11-i ajánlásában ellenzi, hogy a társadalombiztosítási szerv az érintett jövedelmi, szociális rászorultságát megalapozó adatait megismerhesse, ezért az önkormányzatok általában nem adják ki a szociális intézetekben lakók TAJ adatait. Az OEP Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő Főosztálya ebben a körben különösen kockázatosnak tartja a közvetlen forgalmazói termék kiszállításokat, tekintettel arra, hogy a helyszíni ellenőrzések gyakran tártak fel visszaéléseket a segédeszköz forgalmazók termékek közvetlen betegekhez szállítá-

<sup>67</sup> Idézet a Tájékoztató a gyógyászati segédeszköz ellátás helyzetéről és gondjairól Az Egészségügyi Bizottság 2007. március 27-i ülésére című OEP felterjesztésből.

sában. Javasolták, hogy a steril kötszerek kizárólag patikai úton legyenek elérhetőek, tekintettel arra, hogy ott a steril eszközezés feltételei jobban adóttak, mint a sokszor nagytételű (többhavi felírható mennyiség) házhozszállítások nyomán. Az OEP Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő Főosztályának álláspontja szerint személyi adatvédelmi korlátozások (tartózkodási cím és TAJ szám összekapcsolásának tilalma) miatt egyelőre nem monitorozhatja rendszeresen a kiszállítások egyedi indokoltóságát. A szociális intézményekben elhelyezettek személyi adatainak hozzáférhetőségét az OEP ellenőrzések számára azonban nem zárják ki teljesen a jelenlegi jogszabályok. Az 1993. évi Sztv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 18-19. §-a alapján az egészségbiztosítási szerv eseti megkeresése alapján kifejezetten szolgáltatathatók személyes adatok.

## 5. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Az alábbi ábra az egy főre jutó gyógyszer kiadásokat mutatja az OECD országokban. Németországban 500 USD az egy főre jutó gyógyszer kiadás, amiből 128 USD-t fizet a beteg, Magyarországon 466 USD az egy főre jutó gyógyszer kiadás, amiből 153 USD-t fizet a beteg (vásárlóerő paritáson).



Az unió országaiban nem ismeretlen az „ingyen” gyógyszer fogalma. Csökkentett árakat vagy általános felmentést a gyógyszerár fizetésből („ingyen”) a következő esetekben biztosítanak.

Klinikai állapot szerint– cukorbetegség Svédországban, a várandósok az Egyesült Királyságban, és speciális krónikus betegségekre Írországban, Finnországban, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban.<sup>68</sup>

Jövedelemszint szerint alacsony jövedelműekre Ausztriában, Belgiumban, Németországban, Írországban és az Egyesült Királyságban, alacsony jövedelmű öregekre Görögországban.

Életkor szerint– öregekre Belgiumban, Írországban, Spanyolországban, gyerekekre Németországban és az Egyesült Királyságban.

A gyógyszer típusa szerint– krónikus betegségekre Portugáliában, az életet veszélyeztető betegségekre alkalmazható gyógyszerekre Belgiumban, mindkét típusú gyógyszerre Görögországban és hatásos gyógyszerekre Franciaországban.

Néhány kormányzat maximálja a beteg által fizetendő térítési díjak összességét recept felírásra vagy egy adott évre vonatkozóan. Ilyen határokat alkalmaznak Belgiumban, Dániában, Finnországban, Németországban, Írországban, Olaszországban és Svédországban.

Az **unió országaiban** a térítésmentesség kritériuma lehet életkorhoz kötött, a gyógyszer típusa szerinti, klinikai állapot szerinti illetve jövedelemhez kötött kategória. Néhány ország maximálja a beteg által fizetett térítési díjat adott időszakra, és az e határ fölötti gyógyszerköltségeket az állam átvállalja. A magyar típusú közgyógyellátás egyik kategóriába sem sorolható, hiszen nem a betegterhet maximálja, hanem az állami támogatás mértékét. A magyar közgyógyellátási rendszerben 2007-ben egy közgyógyellátott által kiváltott gyógyító ellátásokra jutó állami támogatás 150 134 Ft volt, amelyből a központi költségvetés által átvállalt betegterítési díj 60 359 Ft volt. Ehhez a közgyógyellátottak átlagosan 422 Ft térítési díjat fizettek. A közgyógyigazolvánnyal rendelkező betegek nem közgyógyellátás keretében kiváltott gyógyszereikhez átlagosan 94 135 Ft támogatást kaptak, és a beteg által fizetett térítési díj 18 545 Ft volt. Ez összesen közgyógyellátottanként havi 1580 Ft betegterítési díjfizetést jelent.

A magyar betegek számára a közgyógyigazolványhoz jutás rendkívül fontos, mert aki akár 1000 Ft-tal meghaladja a jogosultsági jövedelemhatárt, vagy 100 Ft-tal nem éri el a gyógyítóellátás előírt mértékét, átlagosan évi 60 000 Ft betegterítési díj állami átvállalásától esik el. Így nagyon nagy különbségek lehetnek megközelítőleg azonos jövedelmű és gyógyítóellátási költséggel bíró emberek között aszerint, hogy igazolványhoz jutottak vagy sem. A német rendszerben az állami támogatás minden egyes euróval nő, amellyel a betegnek kisebb a jövedelme, vagy magasabb a gyógyszerköltsége.

A német gyógyszer-támogatási rendszerben a betegek (mindenki részt vesz a biztosításban) a gyógyszer árának 10%-át fizetik, de minimum 5, maximum 10 eurót. A gyógyszerköltségeket a biztosítottak csak a bruttó éves keresetük 2%-ig

---

<sup>68</sup> Készült az Euro Observer 2004. Autumn, Vol. 6, No. 3. alapján An overview of cost scaring for health services in the European Union.

fizetik, a felett a biztosító átvállalja. Krónikus betegeknél ez a plafon 1%. Ez azt jelenti, hogy a rendszer figyelembe veszi a jövedelmi viszonyokat, hiszen havi 1000 euró jövedelemmel rendelkező személy gyógyszerköltsége havi 20 euró, ugyanakkor havi 10 000 euró jövedelmű személyé havonta maximum 200 euró lehet. A biztosítottak a biztosítóhoz nyújtják be jövedelemigazolásukat (!!!), aki ez alapján kiállít egy másik igazolást arról, hogy az év hátralévő részében a betegterítési díj fizetése alól mentesítik a beteget. Az igazolás nem tartalmazhat a beteg jövedelmi viszonyaira vonatkozó adatot. 18 év alatti biztosítottak részére minden receptre felírt gyógyszer térítésmentes. Különösen kedvező áru gyógyszereket térítésmentesen biztosítanak minden pénztár biztosítottja részére. Ennek a célja, hogy a fogyasztást e termékek irányába tereljék. (Ez felfogható egy kvázi közgyógylistaként, amely a magyar rendszerrel ellentétben minden biztosított részére elérhető.) Minden pénztár további kedvezményeket biztosíthat tagjainak, akár a gyógyszer térítési díjának felezését vagy teljes eltörlését aszerint, hogy milyen szerződést kötött a gyógyszergyártókkal.

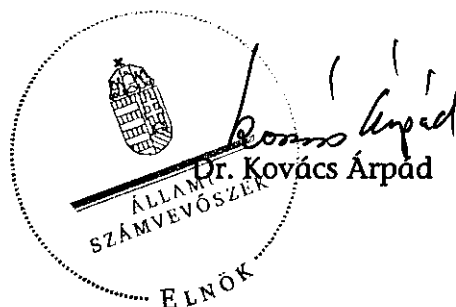
A 13. számú táblázat a magyar és a német „*ingyen gyógyszer*” ellátási rendszert mutatja be.

## 13. számú táblázat

Összehasonlítás	Német	Magyar
Kedvezményezett kör	18 év alatt mindenki Br. Jövedelem 2%-át meghaladó betegterítési díj felett mindenki Kedvező áru gyógyszereknél mindenki	Meghatározott szociális ellátásokkal rendelkezők, meghatározott jövedelem alatt és meghatározott gyógyító ellátási költség feletti betegek
Cél	Az egészségügyi és szociális rászorultság együttes figyelembevételére	Az egészségügyi és szociális rászorultság együttes figyelembevételére
A limit meghatározása	A betegterítési díjat maximálja	Az állami támogatás mértékét maximálja
A beteg által fizetett terítési díj	Maximum a bruttó jövedelem 2%-a (1000 Euró esetén 20 Euró)	Átlagban havonta kb. 1580 Ft
Az állami támogatás mértéke	Akár 1 Eurótól egyenletesen nő	A kártyával rendelkezők részére átlagosan évi 60 000 Ft
Szociális rászorultság	Jövedelemigazolás	Részben jövedelemigazolás (normatív és méltányos igazolványok esetén), részben más szociális ellátás igazolása
Egészségügyi rászorultság	tényleges gyógyszerköltségen alapul	fiktív gyógyszerköltségen alapul, részben szubjektív megítélés alapján
Területi hozzáférés	Egyenlő	Méltányos igazolványoknál területtől függő
Adminisztráció	A biztosító évente egy alkalommal kiállítja az igazolást	A házi orvos listát készít a gyógyszerekről, az önkormányzat megállapítja a jogosultságot, a MEP megállapítja a keretet, az önkormányzat határozatot hoz, az OEP kiállítja a kártyát, mindez papír alapú ügyintézésben.
Az adminisztráció költsége	Alacsonyabb	Magasabb
Adatvédelem	A biztosító láthatja a biztosított jövedelmi adatait, de nem adhatja ki	A MEP nem láthatja a beteg jövedelmi adatait

A két támogatási rendszer széles rétegek számára biztosít ingyenességet, és a céljai azonosak (szociális és egészségügyi rászorultság egyidejű figyelembe vétele). Ugyanakkor a kitűzött célokat a német rendszerben egyszerűbb, átláthatóbb, minden biztosítottra vonatkozóan egységes, földrajzi elhelyezkedéstől független szabályok alapján, a tényleges költségek figyelembevételével, és lényegesen egyszerűbb, egyszereplős adminisztrációval éri el. Így az összehasonlításban a német rendszer hatékonyabbnak tekinthető.

Budapest, 2009. február 10 .



Melléklet: 15 db 40 lap



EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM  
MINISZTER

**Dr. Kovács Árpád**

elnök részére

Szám: 449-0/2009-0008GYO

**Állami Számvevőszék**

**Budapest**

Apáczai Csere János u. 10.

1052

Bilányi  
Gyapóli - Kellneri  
Lis

02.05.

Kovács E.

Winkler Zs.

Kovács

02.05

02.05

**Tisztelt Elnök Úr!**

A közgyógyellátási rendszer működésének ellenőrzéséről szóló jelentést köszönettel megkaptam.

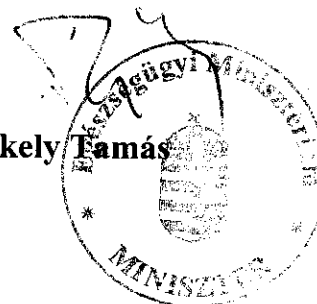
A jelentésben megfogalmazott, a kizárólag normatív 0%-os támogatással rendelkező gyógyszerek közgyógyellátás keretében történő rendelkezésének megszüntetésére tett javaslat kapcsán a hatásvizsgálat elkészült, az elemzés és a jogszabály módosítás előkészítése folyamatban van. Az ellenőrzés hatékonyságának fokozására tett intézkedésekről az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól kértem tájékoztatást.

Jelzem egyúttal, hogy a Jelentésben szereplő megállapításokkal egyetértek.

Budapest, 2009. január „30„.

Tisztelettel:

**Dr. Székely Tamás**



## KÉRDÉSEK, KRITÉRIUMOK ÉS ADATFORRÁSOK

### Főkérdés: Eredményesen működik-e a közgyógyellátási rendszer?

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
<b>1. A közgyógyellátás szabályozása, szervezete, eljárásrendje, forrásai, információs és az eljárást támogató informatikai rendszere szolgálja-e az átalakításban kitűzött célok elérését?</b>		
1.1. A szabályozás összhangban van-e a célokkal?	A szabályozás átalakítását elemzésekkel, a hatások felméréseivel alapozták meg, a tárcák együttműködése igazolható	Korm határozatok, (2356/2002. (XI. 28.), 2095/2005. (V. 27.) az 1993. évi III. tv. módosításának előkészítéséről szóló dokumentumok, a tv. módosítás indoklása, kormány előterjesztés, elemzések OEP, EüM, SZMM anyagai
1.1.1. Feltétele-e a közgyógyellátásnak a biztosított jogviszony?	A jogosultság ellenőrzés kiterjedt a járulék fizetés ellenőrzésére és a TAJ érvényességére	Az új rendszerre való áttérésről kormány számára készített beszámoló, SZMM, EüM, OEP elemzései, az 1997. évi LXXX. tv. járulékkötelezettség teljesítésére vonatkozó szabályai
1.2. A szervezet és eljárásrend – elősegíti-e a közgyógyellátási rendszer működését?		
1.2.1. Tettek-e intézkedéseket az ügyviteli folyamatok egyszerűsítése érdekében? (felmérték?, kezdeményezték?, megvalósították?). A szükséges szakmai és pénzügyi kontroll szabályozás kiépítése megvalósul-e az eljárásrendben?	A működés, a jogosultság megállapítás folyamata, maga az eljárásrend jól kidolgozott, a tv-i szabályozásra épül, a határidőket betartják, az ügyintézés nem okoz időbeli és pénzügyi hátrányt a	63/2006. (III. 27.) Korm rendelet, az OEP által kidolgozott eljárásrendek, elemzések a bírálatok átfutási idejéről,

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
	rászorulóknak, egyszerű, folyamata mind az önkormányzatoknál mind a MEP-eknél tartalmaz ellenőrzési pontokat	
1.2.2. A működési kiadások arányban állnak-e a közgyógyellátásra fordított kiadásokkal? Arányban áll-e a közgyógyellátásra fordított ellenőrzési kapacitás a közgyógy E. Alapon belül elfoglalt súlyával? A megnövekedett feladatok miatti többlet erőforrások fedezete az OEP költségvetésében rendelkezésre állt-e?	A működési kiadások az ellátási kiadások aránya OEP-ével egyezően alakul  A többlet feladatok végrehajtásának anyagi, személyi, tárgyi feltételei adottak, OEP és MEP-költségvetésébe beépítésre került	Tanúsítványi adatok elemzése, országos költségfelmérés, a MEP-eknél, ÁSZ elemzés bemutatása önkormányzati kérdőív alapján és képzett mutatókkal a házi orvosok költségének bemutatása 38 házi orvos megkérdezése alapján  Munkafolyamatok elemzése idő szükséglet és kiadás szükséglet meghatározásával
1.3. Stabilizálódtak-e (átláthatók-e) a közgyógyellátásra fordított kiadások?	A közgyógyellátásra fordított kiadások stabilizálódtak. A közgyógyellátás finanszírozása kiszámítható, tervezhető, átlátható.	
1.3.1. Központi költségvetésből a térítési díjak kompenzálására E. Alapnak történő befizetést sikerült-e szinten tartani?	A központi költségvetés térítési díját a beteg térítés kompenzálására szinten tartották.	tanúsítvány  zárszámadási adatok  OEP beszámolók, elemzések
1.3.2. Növelte-e az OEP gyógyszer támogatás kiáramlását a közgyógyellátottak gyógyszerfogyasztása?	A közgyógyellátottak gyógyszerfogyasztása nem növelte az OEP gyógyszer támogatás	tanúsítvány

<b>Kérdések</b>	<b>Kritériumok, mutatók</b>	<b>Adatforrás</b>
	kiáramlását. A keret megállapítás bevezetésével az előirányzatok tervezhetők.	OEP beszámolók, elemzések
1.3.3. Változott-e az egyes ellátási típusok aránya a kiadásokon belül?	A kiadásokon belül csökkent az egyes ellátási típusok igénybevételi arányra, ami hozzájárul a kiadások csökkenéséhez.	tanúsítvány OEP beszámolók, elemzések
1.3.4. Az önkormányzatok terheinek megtérítése központi forrásból a pénzügyi szociális juttatások terhére hozzájárul-e a közgyógyellátással kapcsolatos E. Alapba történő befizetéshez?	A központi költségvetés pénzügyi szociális juttatásai hozzájárultak az önkormányzatok terheinek megtérítéséhez.	ÁSZ elemzés bemutatása önkormányzati kérdőív alapján
1.3.5. Halmozódtak-e fel hátralékok az önkormányzatok méltányos ellátáshoz kapcsolódó megtérítéseiben? Tudtak-e élni a MEP-ek a hátralékok behajtásával?	Az önkormányzatok határidőre térítenek. A térítés TAJ-hoz kapcsolható. A MEP-ek élnek behajtási felhatalmazásukkal.	OEP beszámolók, elemzések
1.4. Megvalósultak-e a közgyógyellátás korszerűsítéséhez, szervezéséhez, működtetéséhez szükséges informatikai fejlesztések (Közgyógy, VIREP), biztosították-e ennek forrásait, fejlesztési időszükségletét és eljárásrendjeit?	Az informatikai fejlesztések a kitűzött céloknak megfelelően megvalósultak.	Fejlesztési dokumentáció, költségvetési tervek, részfeladatok időütemezése.
1.4.1. Az ellátás információs rendszere biztosítja-e az ellenőrizhetőséget és átláthatóságot? Komplex információt szolgáltat-e a patikák és az OEP számára? Jó alapot képez-e a folyamatok átláthatóságához, értékeléséhez?	Programleírás, a program funkciói, a felhasználói igények, és a szabályozás megegyeznek.	Programleírás, a program funkciói, a felhasználói igények, szabályozás.
1.4.1.1. A VIREP rendszer megfelel-e az elvárásoknak?	A közgyógy átalakítás kapcsán született elvárásokat teljesíti (jogosultság ellenőrzések és elektronikus pénztárca funkció).	Programleírás, a program funkciói, a felhasználói igények, szabályozás.

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
1.4.1.2. Az igazolványok hatósági nyilvántartását támogató „Közgyógy program” teljes körű és naprakész adatokat szolgáltat-e?	Az OEP által vezetett hatósági nyilvántartás naprakész és pontos valamint megbízható adatokat tartalmaz.	Az OEP által vezetett hatósági nyilvántartás.
1.4.2. A megvalósított informatikai fejlesztések elérték-e a közbeszerzési eljárás során megfogalmazott célokat?	A közbeszerzési eljárás céljai szerinti funkciókat az információs és informatikai rendszerbe beépítették és működtetik.	Programleírás, a program funkciói, a felhasználói igények, közbeszerzési kiírás dokumentumai.
<b>2. Érvényesül-e a szociális rászorultság elve, ellenőrzött-e?</b>		
2.1. Változott-e az ellátásban részesülők száma és jogcím csoportokon belüli aránya?	A jogosultság ellenőrzése, és a rászorultság szigorúbb érvényesítése miatt csökkent.	tanúsítvány, SZMM, EüM, OEP dokumentumok
2.2. Biztosított-e az egyenlő hozzáférés az ország különböző területein?	Érvényesül az esélyegyenlőség a közgyógyellátás igénylése és biztosítása során.	KSH, OEP adatbázis elemzés
2.3. A szociális rászorultság elv érvényesülésére kiépített ellenőrzés megfelel-e a jogszabályoknak, eredményesen, hatékonyan és következetesen működik-e?	A normatív és a méltányos közgyógy kategóriában megbízhatóan, eredményesen és következetesen vizsgálják a szociális rászorultságot. Az alanyi kategóriában vizsgálja a jogosultságot.	1993. évi III. tv. 63/2006 (III. 27.) Korm. rendelet Önkormányzati dokumentumok és nyilvántartások Kérdőív
2.4. Az önkormányzatok által meghatározott jövedelem határ és gyógyszerköltség akadályozza-e az ellátáshoz való hozzáférést?	Nem maradnak ki rászorulóknak az ellátásból a helyi szabályozás miatt	1993. évi III. tv. 63/2006 (III. 27.) Korm. rendelet

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
		Az önkormányzatok helyi rendeletei, kérdőív
<b>3. Érvényesül-e az egészségügyi rászorultság elve, ellenőrzött-e?</b>		
3.1. A keret meghatározás közgyógyellátási típusonként megfelel-e a krónikus betegek egyéni szükségleteinek?	A gyógyszerkeret meghatározása során figyelembe veszik a betegek krónikus betegségeit. A betegek közgyógyellátás terhére igénybe vehetik a szokásosan használt gyógyszereiket, gyógyászati segéd-eszközöket, gyógyfürdő ellátásukat. Az ellátás során a gyógyszerek széles skálájából lehet választani.	Közgyógy lista, OEP támogatással rendelhető készítmények listája, a keret beárazása során használt gyógyszerek listája
3.2. Hatással van-e a személyre szabott keret megállapítása a jogosultság megszerzésére? Egységes-e a gyógyszerbeárazás gyakorlata azonos terápiaik esetében az egyes MEP-eknél, és hatással lehet-e a jogosultság elérésére? A gyógyszerkeret háziiorvosi és szakorvosi megbontása hatással van-e a jogosultság megszerzésére.	Azonos gyógyszeres terápia azonos gyógyszerkeretet eredményez. Azonos gyógyszerekből álló terápiaikat a megyei pénztárak azonos módon árazzák be.  A MEP-ek országosan egységes programmal dolgoznak.  A gyógyszerkeret háziiorvosi és szakorvosi megbontása megalapozott volt, igazodik a betegek ellátásának a terápiás költségeihez.	adatbekérés a MEP-ektől  A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 1993. évi III. törvény; 50/A. § (7)  OEP elemzési anyag
3.3. Ellenőrzött-e a korábban kiváltott és a jogosultság megszerzését megalapozó krónikus betegséghez tartozó gyógyszerkör egyezősége?	A gyógyszerkeret megállapítása során minden esetben vizsgálják	„Közgyógy program” adatbázisból nyerhető információk

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
	az igénylők krónikus betegségeit és a korábban alkalmazott terápiát, a gyógyszerkeret ezekhez igazodik.	
3.4. A jogosultság alapján kiváltott gyógyszerek és a háziorvosi javaslatban szerepeltetett készítmények összhangban állnak-e? Ellenőrzött-e az egyezőség?	Ellenőrzik, hogy a kiváltás során csak a gyógyszerköltség megállapításához előállított szakhatósági állásfoglalásban szereplő készítményekkel azonos névgyűjtésű ATC5 kódú termékeket lehessen kiváltani.	OEP ellenőrzési anyagok, intézkedési tervek
3.5. A közgyógyellátás mellett merülnek-e fel további gyógyszer költségei az igazolvánnyal rendelkezőknek? Elemzik-e ennek összetételét?, nagyságrendjét? Hatással van-e a gyógyszer gazdaságosság követelménye közgyógy ellátottak gyógyszerjeinek árára?	A közgyógy rendszer átalakítását megelőző időszakhoz képest csökkent a közgyógyellátott beteg által a közgyógy körön kiváltott gyógyszerek aránya.	tanúsítvány OEP elemzés
3.6. Az egészségügyi rászorultság elv érvényesülésére kiépített ellenőrzés megfelel-e a jogszabályoknak, eredményesen, hatékonyan és következetesen működik-e?	Az egészségügyi rászorultság megállapítása során működnek kontrollok	Informatikai rendszerek („Közgyógy program”) Eljárásrend vonatkozó része
3.7. Elégedettek-e a betegek?	A betegek elégedettek a közgyógyellátási rendszerrel.	Kérdőív a patikáktól
<b>4. Javult-e a közgyógyellátottak gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátása?</b>		
4.1. Változott-e a gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátás finanszírozása, támogatásának mértéke, a támogatott termékör?		
4.1.1. A termékek minőségében érvényesül-e a pénzért értéket elv? Ellenőrzött-e a termékek minősége, rehabilitációra való alkalmassága függet-	A finanszírozó meggyőződik az eszközök alkalmasságáról, minő-	OEP befogadási eljárás dokumen-

<b>Kérdések</b>	<b>Kritériumok, mutatók</b>	<b>Adatforrás</b>
len szakértők és az OEP által?	ségéről, ennek eredménye szerint támogat.	tánciói, eljárásrend, jogszabályok.
4.1.2. A támogatott segédeszközök körének változása, cserélődése biztosítja-e korszerűbb eszközökhöz való hozzáférést?	A közgyógyellátási eszközlistában egyre gyakoribbak az új befogadások és az elavult eszközök delistázása.	Közzétett közgyógyellátási terméklisták, OEP gyógyászati segédeszköz adatbázis.
4.2. Változtak-e a betegterhek a gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátásban? Működik-e kontroll az árváltozások betegterhekre gyakorolt hatásában?	A finanszírozók figyelik a betegterhek változását. A közgyógyellátottaknak nem kell többet fizetniük az ellátásért, mint korábban.	OEP tanúsítványok betegelégedettségi kérdőív
4.3. Az árlicitek segítik-e az ellátáshoz való hozzáférést? Lehetőséget ad-e érdemi árcsökkentésre a licit?	Az árlicitek hatásos finanszírozói és „fogyasztói” árkontrollt jelentenek.	OEP tanúsítvány és ügyviteli szabályozás, elégedettségi kérdőív.
4.4. Személyre szabott-e az ellátás, megfelel-e az egészségügyi rászorultságoknak?	A finanszírozó vizsgálja és érvényesíti a kész termékek egyedi alkalmasságát, a közgyógyellátott személyeknek való megfelelőségét.	Szakmai ajánlások, OEP szabályozások, finanszírozási szerződések, minőségi észrevételezések, reklamációk, panaszok dokumentációi.
4.5. A kiépített ellenőrzés megfelel-e a jogszabályoknak, eredményesen, hatékonyan és következetesen működik-e?	A közgyógyellátottak gyógyászati segédeszköz-ellátásánál működnek kontrollok	Informatikai rendszerek Eljárásrend vonatkozó része

## Közgyógyellátásra jogosultak száma

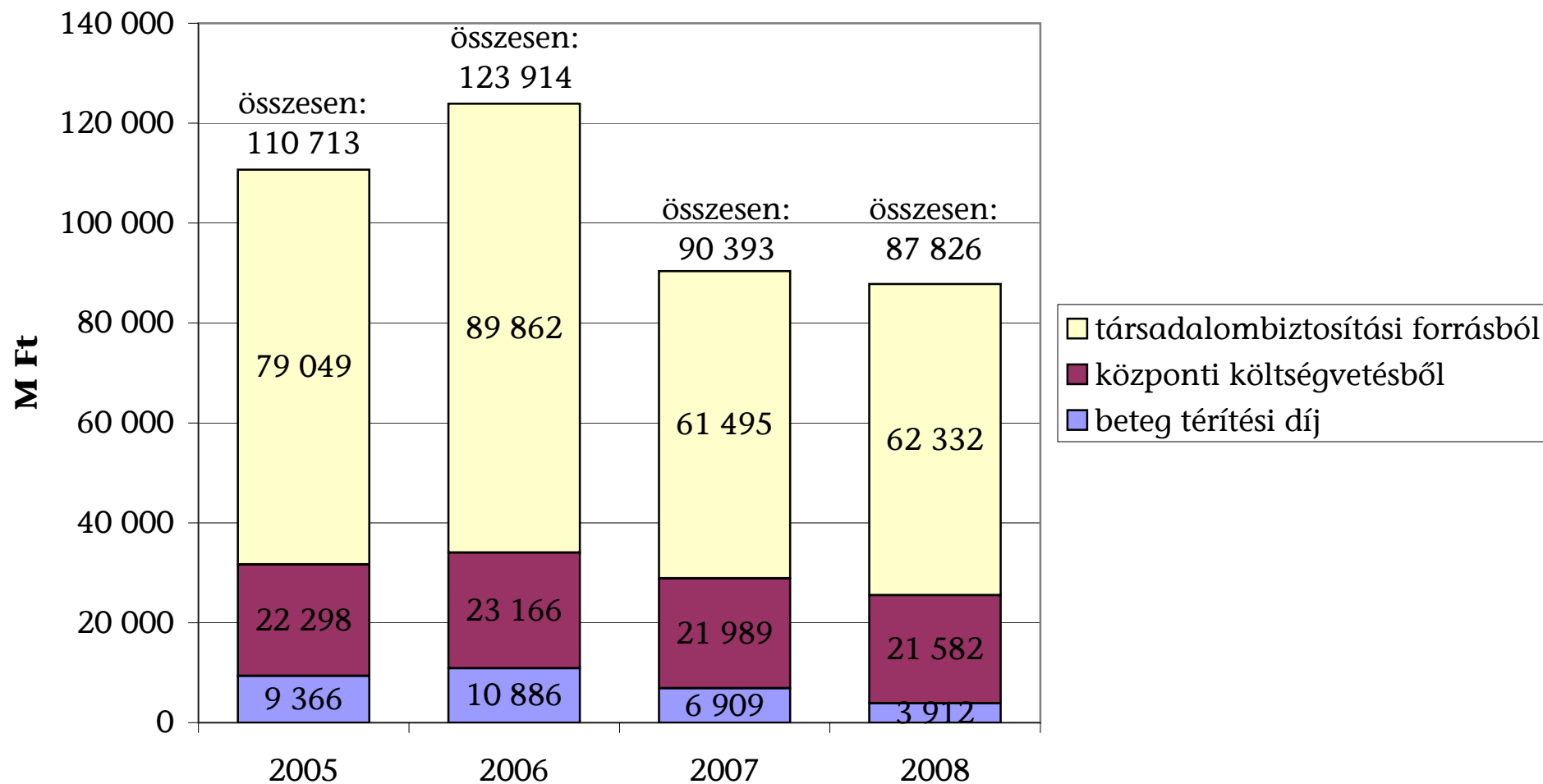
3. sz. melléklet

Megnevezés	KÖZGYÓGY2005 (település soros adatok alapján) összesen	KÖZGYÓGY2005 (település soros adatok alapján) ALANYI	KÖZGYÓGY2005 (település soros adatok alapján) MELTANYOS	KÖZGYÓGY2005 (település soros adatok alapján) NORMATIV	COGNOS összesen	COGNOS ALANYI	COGNOS NORMATIV	COGNOS MELTANYOS
2005.06.30	526 697	266 689	171 745	88 263				
2005.12.31	529 566	267 767	173 377	88 422	539 208	274 965	89 739	174 504
2006.06.30	529 034	265 679	176 759	86 596	532 557	267 411	86 833	178 313
2006.12.31	486 978	250 609	156 855	79 514	488 724	251 871	79 666	157 187
2007.01.31					474 408	247 660	77 059	149 689
2007.02.28					466 727	247 753	75 205	143 769
2007.03.31					463 568	247 988	74 944	140 636
2007.04.30					455 932	247 573	73 548	134 811
2007.05.31					449 063	249 215	72 828	127 020
2007.06.30	439 303	248 753	118 638	71 912	441 541	250 278	72 062	119 201
2007.07.31					377 413	229 395	63 202	84 816
2007.08.31					398 858	240 845	67 349	90 664
2007.09.30					401 731	242 057	68 205	91 469
2007.10.31					398 288	240 417	67 793	90 078
2007.11.30					395 217	238 852	67 520	88 845
2007.12.31	364 259	211 955	86 074	66 230	388 545	235 734	66 365	86 446
2008.01.31					364 831	213 386	66 170	85 275
2008.02.29					364 478	214 327	66 357	83 794
2008.03.31					358 072	213 159	64 337	80 576
2008.04.30					352 882	212 559	61 987	78 336
2008.05.31					344 884	209 757	59 693	75 434
2008.06.30	337 039	206 047	72 674	58 318	337 163	206 141	58 332	72 690

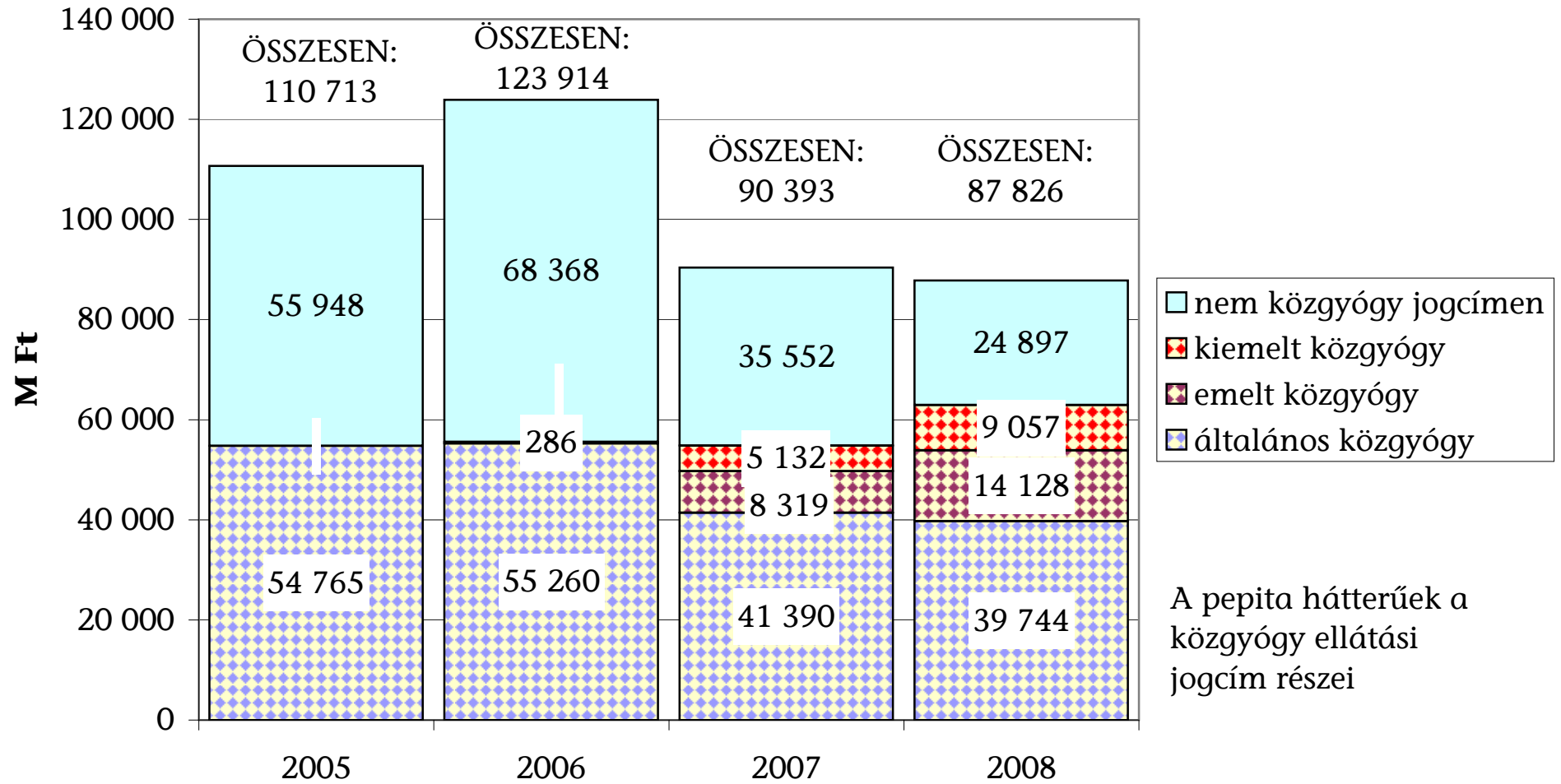
**Egy állandó lakosra jutó szja alapot képező jövedelem az egyes településfejlettségi kategóriákban**

<b>A társadalmi, gazdasági és infrastrukturális fejlettség/ elmaradottság</b>	<b>Lakónépesség: 2005. december 31. (fő)</b>	<b>Lakónépesség: 2005. december 31. (%)</b>	<b>Az egy állandó lakosra jutó SZJA alapot képező jövedelem 2004. (Ft/év)</b>	<b>Az egy állandó lakosra jutó SZJA alapot képező jövedelem /Dinamikusan fejlődők jövedelme (%)</b>
1. Lemaradó	799 483	8%	271 478	35%
2. Stagnáló	1 078 274	11%	338 310	44%
3. Felzárkózó	2 507 467	25%	440 316	57%
4. Fejlődő	2 535 180	25%	595 537	77%
5. Dinamikusan fejlődő	3 156 154	31%	775 695	100%
<b>Összesen:</b>	<b>10 076 581</b>	<b>100%</b>	<b>560 104</b>	72%

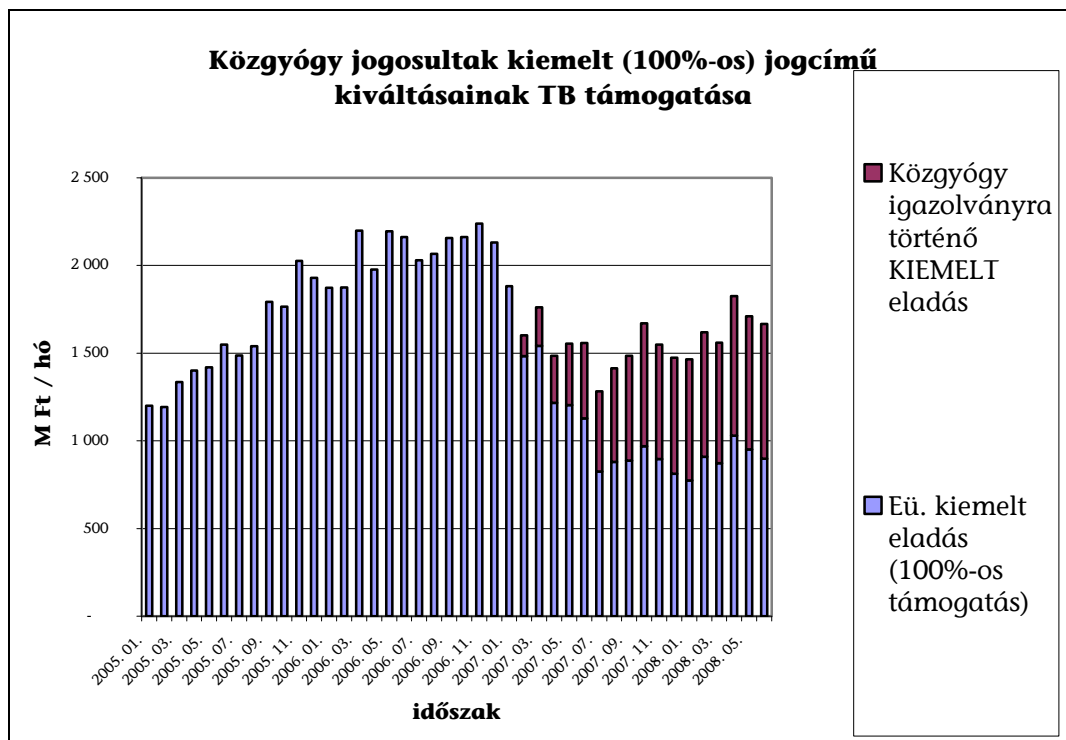
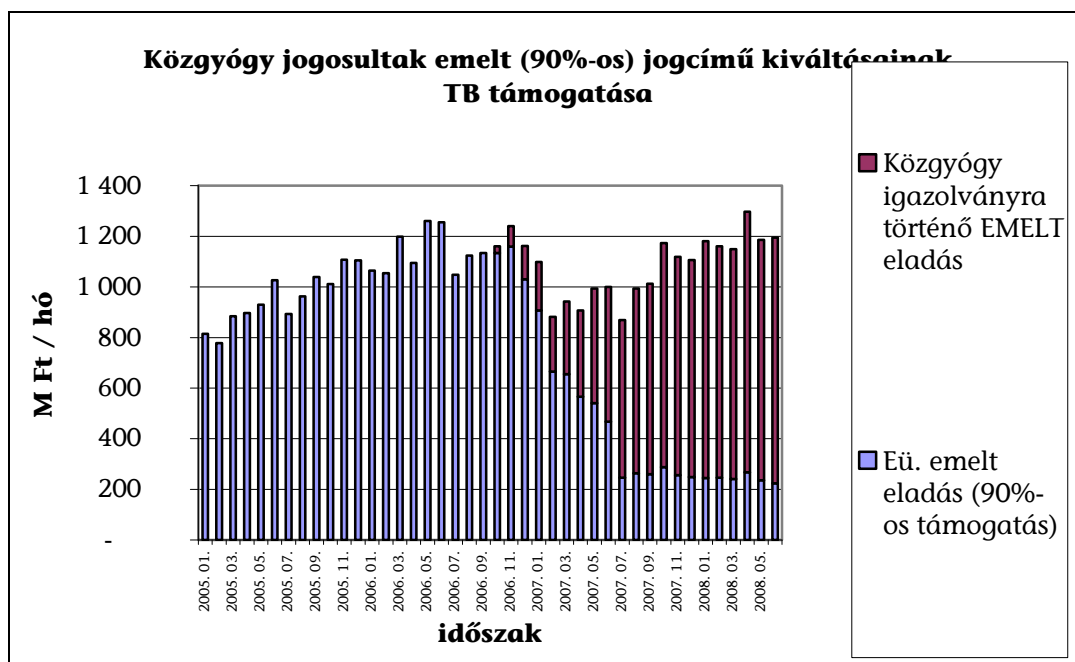
### Közgyógyjogosultak által igénybe vett gyógyító ellátások forrás szerinti bontásban közgyógy jogcímenek és azon kívül (vényforgalom alapján)



## Közgyógyjogosultak által közgyógy finanszírozási jogcímenek és azon kívül igénybe vett gyógyító ellátások



### Közyógyjogosultak emelt 90%-os jogcímű kiváltásának tb támogatása



## Cystas fibrosisban szenvedő beteg gyógyszeres terápiájának beárazása

Cystas fibrosis – 17 éves fiúbeteg

BNO kód	elnevezés	Gyógyító ellátás	kiszere és	adagolás	mennyiség (scat. orig)	térítési díj371
E8490	cystas fibrosis	Vitamin A Bioextra 25000 NE kapszula	20x	1x.14	1	371
		Kreon 10000 kapszula	50x	4x1	3	900
		Vitamin D3 Fresenius tableta	90x	1x3	1	218
		Vitamin B komplex bioextra kapszula	100x	2x1	1	964
		Ensure Plus HN narancs ízesítésű*	200 ml	1x200	30	2610
		Ensure Plus HN csokoládé ízesítésű*	200 ml	1x200	30	2610
		Ensure Plus HN vanília ízesítésű	200 ml	1x200	30	2610
		Ensure Plus HN banán ízesítésű*	200 ml	1x200	30	2610
		Ensure Plus HN eper ízesítésű*	200 ml	1x200	30	2610
		Ensure Plus HN erdei gyümölcs ízesítésű	200 ml	1x200	30	2610
J42H0	n. m. idült bronchitis	Pulmozyme 2,5 mg oldat porlasztásra	30x	2x.01	1	300
E8490	cystas fibrosis	Sputopur 200 mg kapszula	30x	3x2	6	1800
		Ensure Plus HN barack ízesítésű*	200 ml	1x200	30	2610
		Berodural inhalációs oldat	1x20 ml	2x.01	1	742
		Glucosum anhydricum	1000g			2154
		Kalium chloratum (részösszeg)	1000g			1626,75
		Natrium chloratum (részösszeg)	1000g			3807
		magi összesen				7967,14
		Natrium chloratum 0.9% injekció (részösszeg)	10x10 ml	2x.01	1	552
		Kreon 25000 kapszula	100x	4x1	2	600
		Vitamin E Bioextra 400 mg kapszula	30x	1x1	1	1198
		Béres C-vitamin 500 mg filmtabletta	60x	1x1	1	591
		Konakion MM injekció	5x1ml	2x.01	1	440
J47H0	bronchiectasia	Ventolin evohaler inhalációs aeroszol	200 adag	4x2	2	174
		Azithromycin 1A pharma 250 mg filmtabletta	6x	1x.4	2	2998
<b>Gyógyszerköltsége összesen: 19 435Ft + 18 270 Ft (tápszer) + 7967 Ft (magisztrális készítmény)=45 672 Ft</b>						
<b>A MEP által elismert költség: 6740 Ft</b>						

A cisztás fibrózisban szenvedő betegek életük végéig tápszerre szorulnak

\* tápszerek

**Parkinsonos és diabeteses (cukorbeteg)  
gyógyszeres terápiájának beárazása**

házi orvos által rendelt antiparkinsonos és antidiabeteses gyógyszerek és kiszerezésük	patikai térítési díja (Ft) normatív	térítési jogcím:	patikai térítési díj (Ft) jogcím: eü tér. köt 2007	patikai térítési díj (Ft) jogcím: eü tér. köt 2008
1. Selegiline Merck 5 mg 30x	3 doboz 3234		2 doboz 526	3 doboz 432
2. Viregyt-K kapszula 30x	2 doboz 1232		2 doboz 164	2 doboz 164
3. Sirdalud 4 mg tabletta 30x	3 doboz 3438		3 doboz 1374	3 doboz 1374
4. Requip 1 mg tabletta 21x	5 doboz 12445		5 doboz 1245	5 doboz 1245
5. Requip 2 mg tabletta 21x	5 doboz 23355		5 doboz 2335	5 doboz 2335
6. Duellin 25 mg/250 mg 50x tabletta	3 doboz		3 doboz 789	
7. Madopar kapszula 100x	1 doboz		3 doboz 396	
8. Stalevo 100mg/25mg/200mg 100x tabletta	2 doboz 55014			2 doboz 5502
9. Lantus 100NE/ML oldatos 5x injekció patronban 3ml			1 doboz 300	1 doboz 300
10. Novorapid penfill 100E/ML oldatos 5x injekció patronban 3ml			1 doboz 300	1 doboz 300
Parkinsonismus kezelés költsége:	98 718 Ft		6 829 Ft	11 052 Ft
Diabetes mellitus " "			600 Ft	600 Ft
Egyéb betegségek " "			11 060 Ft	11 968 Ft
Összesen:			18 489 Ft	23 620 Ft
TEP által elismert térítési díj:			18 489 Ft	6 600 Ft
TEP vezető ellenjegyzésével:				600 Ft
Jegyző határozatában megállapított összeg			12 000 Ft	6 600 Ft

A táblázat egy parkinsonos és diabeteses (cukorbeteg) beteg gyógyszereit tartalmazza, 2 egymást követő évben történt közgyógy kártya igénylés háziorvosi igazolásában szereplő gyógyszerlista alapján. A beteg ezeken a gyógyszereken kívül TIA, érelmeszesedés, alsó végtagi vénás keringési elégtelenség. stb miatt még 8féle gyógyszert kapott (ezeket a gyógyszereket a táblázatban a könnyebb áttekinthetőség kedvéért nem mutatja be). A táblán szereplő adatok azt szemléltetik, hogy **két különböző betegség** (parkinsonismus gyógyszerei 1.-8. és cukorbetegség gyógyszerei 9. 10.) költségtérítése között - annak függvényében, hogy az OGÝI melyik rendelkezési kategóriájába tartozik - mekkora különbség lehet, a „V”-s (házi orvos által rendelhető) Parkinsonismus a „J”-s (szakorvosi javaslatra rendelhető) diabeteshez képest mennyire alultámogatott.

A 2008-ban az igazoláson korábban szereplő Duellin és a Madopar gyógyszereket a beteg állapotának romlása miatt Stalevo-ra cserélték. 2007-hez képest a TEP által elismert térítési díj 2008-ban 6600 Ft-ra csökkent, miközben a beteg költsége csaknem megduplázódott, állapota pedig (a gyógyszeres terápiából következően) romlott. Látható, hogy **egyazon betegség könnyebb fázisához képest a súlyosabb fázis** alacsonyabb támogatottságú lett.

A második oszlop az demonstrálja, hogy a Parkinsonismus kezelése drága. Normatív támogatás mellett 98 718 Ft a patikai térítési díja. Eü pontos támogatás mellett 2007-ben 6829 Ft, 2008-ban 11 052 Ft.

Egyes "töltelék" gyógyszerek kiváltásának aránya

9. sz. melléklet

Gyógyszer	A gyógyszer kiszerezése (db / doboz)	A Szakhatósági állásfoglalásban szereplő dobozszám	Kiváltott dobozszám	A Szakhatósági állásfoglalásban szereplő dobozszám / Kiváltott dobozszám
ALGOPYRIN 500 MG TABLETTA	10	1 869 849,5	776 497,0	41,5%
ALGOZONE 500 MG TABLETTA	20	2 344,1	957,0	40,8%
ANDAXIN TABLETTA	20	1 198 534,7	538 170,0	44,9%
BÉRES B6 VITAMIN TABLETTA	20	623,6	59,0	9,5%
BÉRES C-VITAMIN 500 MG FILMTABLETTA	60	460,0	98,0	21,3%
CALCIUM 500 MG PHARMAVIT PEZSGŐTABLETTA	20	354 945,7	102 873,0	29,0%
CHLORDIAZEPOXID LFM TABLETTA	20	22 284,4	6 714,0	30,1%
C-VITAMIN 500 MG RAGÓTABLETTA	60	144 702,7	55 530,0	38,4%
DEMALGON TABLETTA	10	107 537,2	26 083,0	24,3%
DICLOFENAC-RATIOPHARM GÉL	100 g	37 516,7	16 503,0	44,0%
DIPANKRIN DRAZSÉ	100	95 687,8	38 741,0	40,5%
DONALGIN KAPSZULA	30	231 480,7	89 081,0	38,5%
FRONTIN 0.25 MG TABLETTA	100	237 952,7	116 186,0	48,8%
FRONTIN 0.5 MG TABLETTA	100	185 007,6	93 227,0	50,4%
FRONTIN 1 MG TABLETTA	30	1 352,5	951,0	70,3%
FRONTIN 1 MG TABLETTA	100	7 027,9	4 182,0	59,5%
MAGNESIUM 250 MG PHARMAVIT PEZSGŐTABLETTA	20	236 894,7	77 732,0	32,8%
MULTIVITAMIN 50 EVEN FELÜLIEKNEK FILMTABLETTA	60	70 925,7	26 484,0	37,3%
NO-SPA 40 MG TABLETTA	20	608 730,6	141 606,0	23,3%
QUAMATEL 20 MG FILMTABLETTA	60	33 976,7	8 817,0	26,0%
TABLETTA ANALGETICA FONO VII. PARMA	10	6 213,8	1 338,0	21,5%
TRAMADOLOR 50 MG KAPSZULA	20	7 823,9	3 219,0	41,1%
TRAMADOL-RATIOPHARM 50 MG KAPSZULA	30	15 689,5	6 230,0	39,7%
TRAMALGIC KAPSZULA	30	5 247,5	2 769,0	52,8%
VITAMIN A BIOEXTRA 25000 NE KAPSZULA	20	28 561,7	8 920,0	31,2%
VITAMIN B6 20 MG TABLETTA	20	108 864,3	36 697,0	33,7%
VITAMIN D3 FRESENIUS TABLETTA	30	74 811,8	37 276,0	49,8%
VITAMIN E BIOEXTRA 200 MG KAPSZULA	100	44 468,4	6 259,0	14,1%
VITAMIN E BIOEXTRA 400 MG KAPSZULA	30	1 003,5	304,0	30,3%
XANAX 0.25 MG TABLETTA	30	5 790,0	2 821,0	48,7%
XANAX 0.25 MG TABLETTA	100	54 170,1	24 906,0	46,0%
XANAX 0.5 MG TABLETTA	30	2 471,9	1 244,0	50,3%
XANAX 0.5 MG TABLETTA	100	64 522,9	33 475,0	51,9%
XANAX 1 MG TABLETTA	30	11 205,7	13 303,0	118,7%
<b>ÖSSZESEN</b>	-	<b>5 878 680,4</b>	<b>2 299 252,0</b>	<b>39,1%</b>
FELIRT / KIVÁLTOTT	-	2,6		-

**A közgyógy2005 és a gazdaságos gyógyszerrendelést segítő program logikájából adódó készítményválasztás különbsége**

**A program által választott termék**

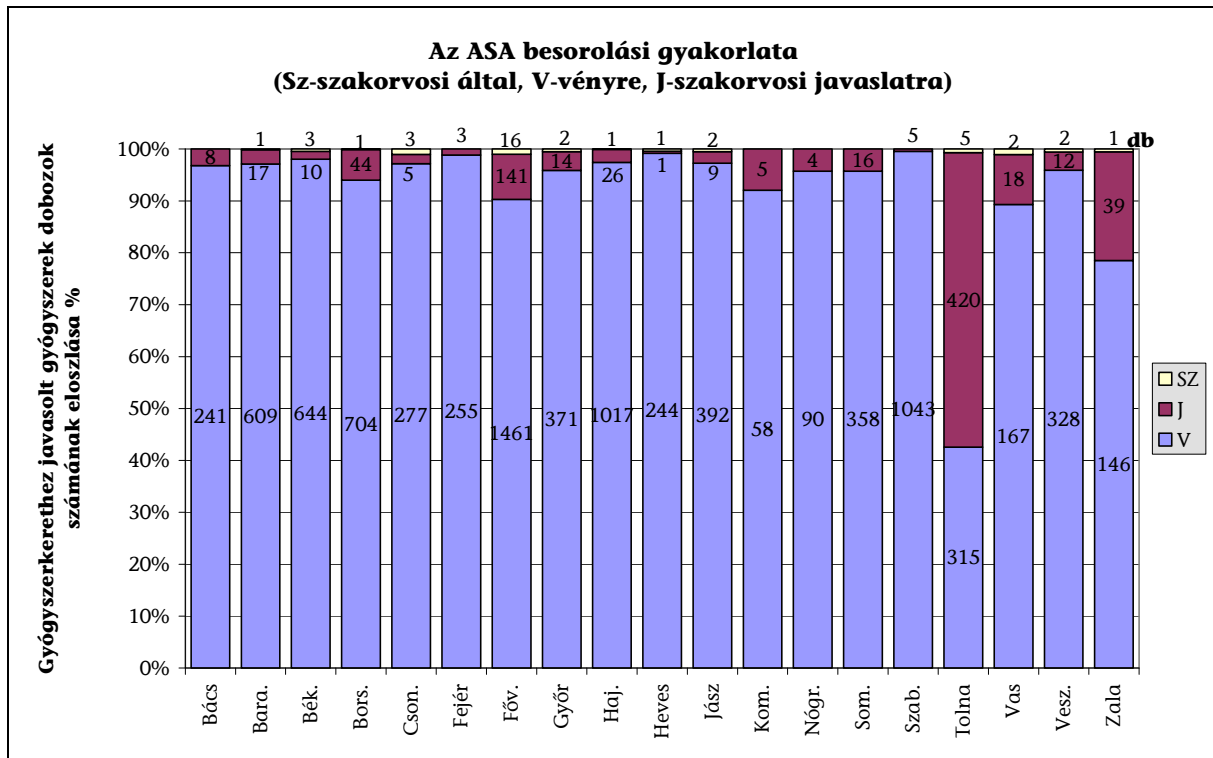
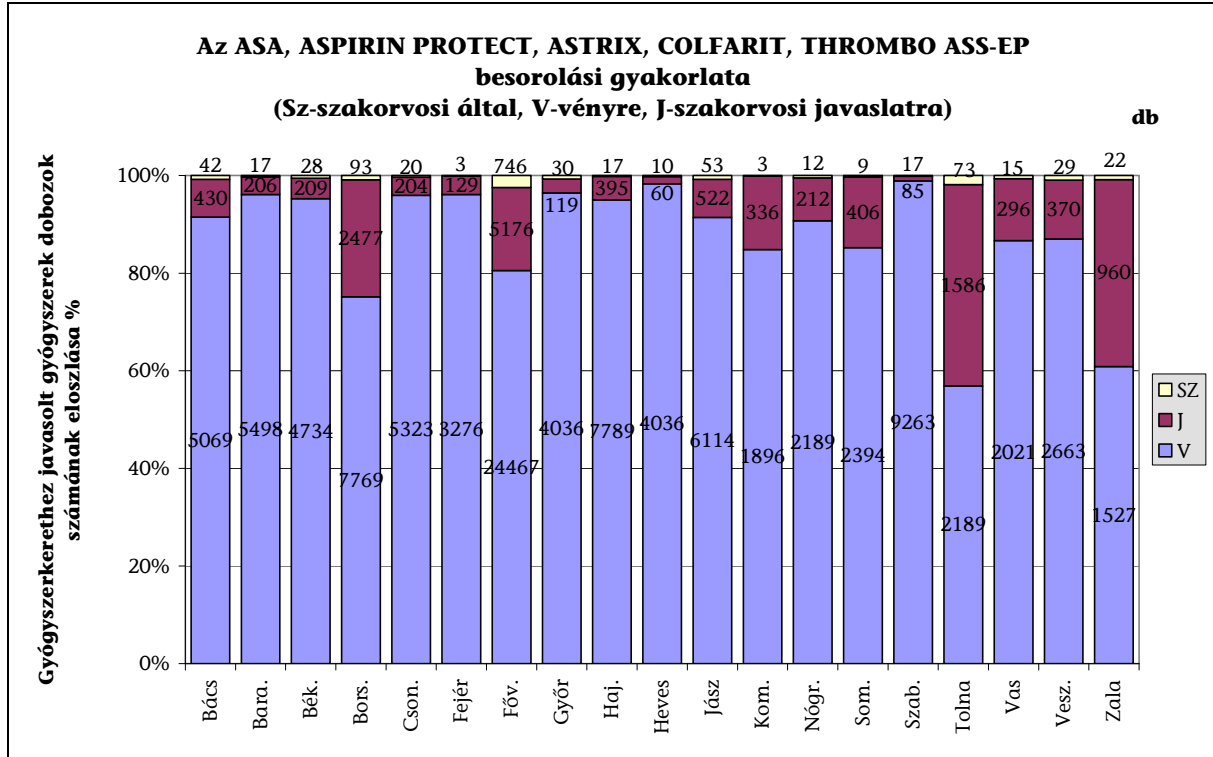
**A legkisebb napi terápiás költségű termék**

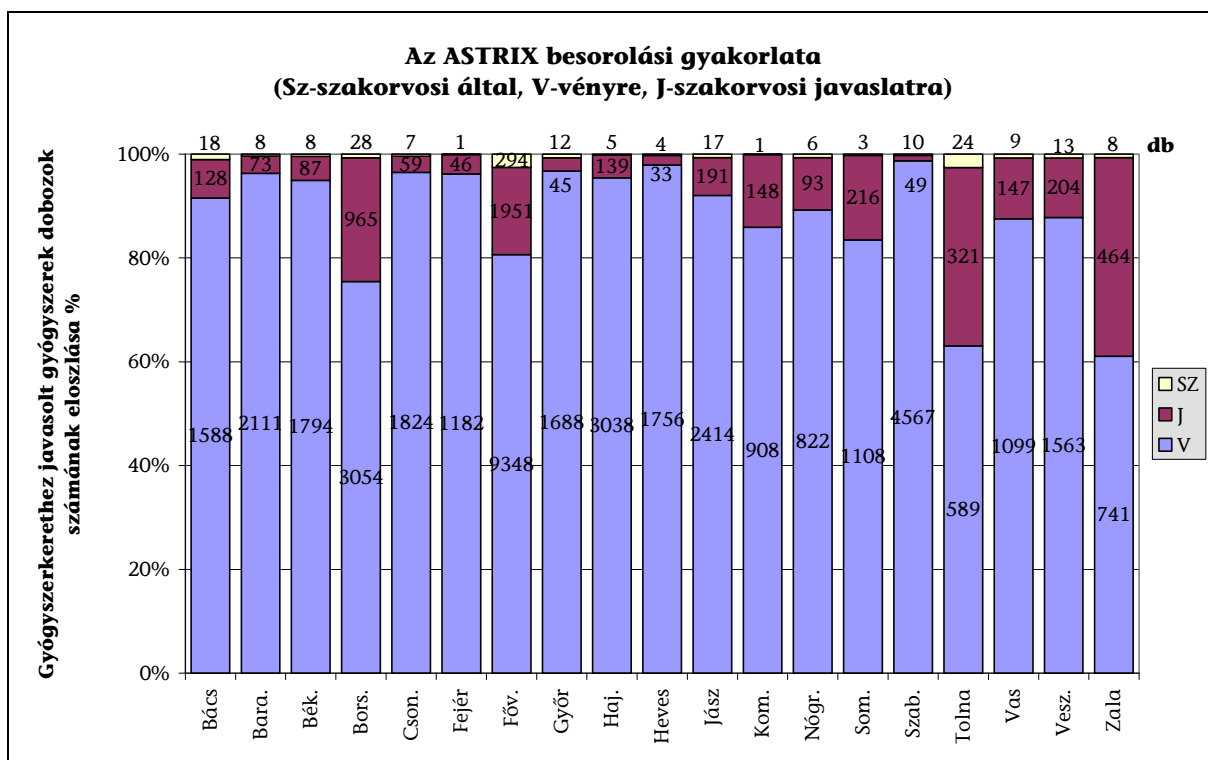
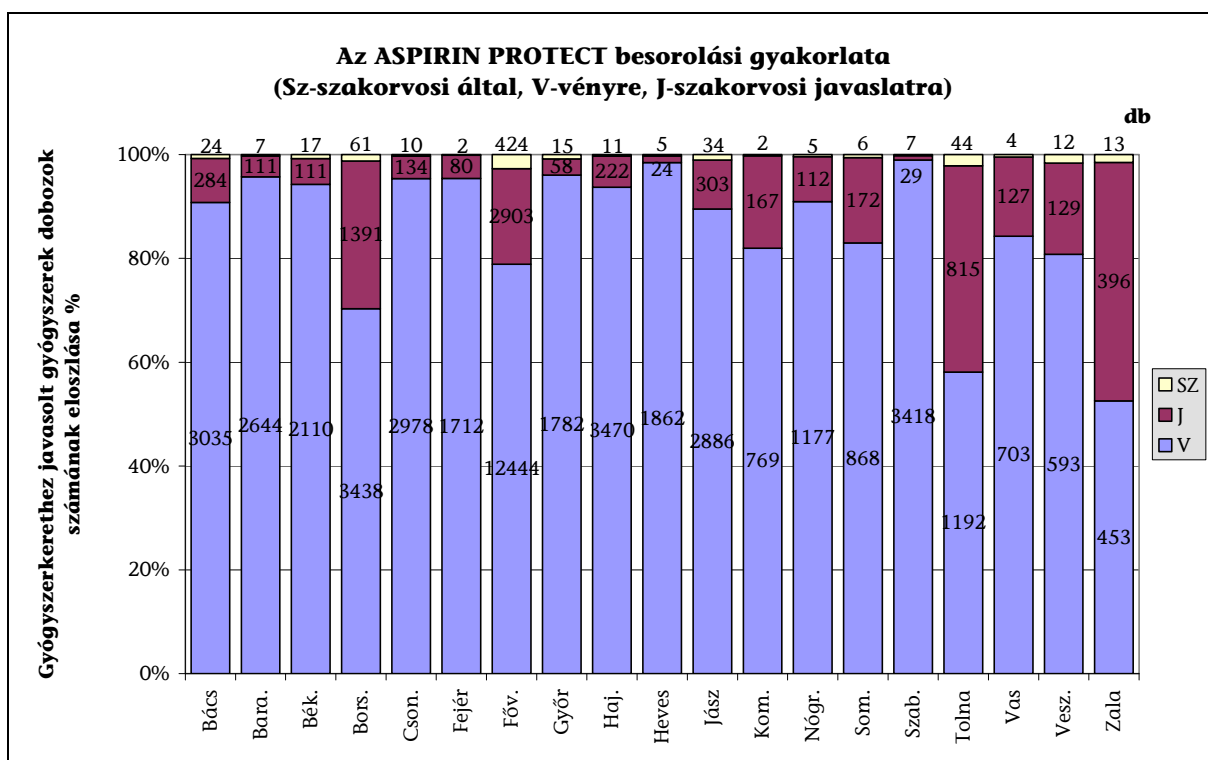
					Adagolás					
					1x1		2x1		3x1	
			Ntk	Iér. Díj	Havi menny.	Téritési díj	Havi menny.	Téritési díj	Havi menny.	Téritési díj
<b>210074728</b>	<b>ACEOMEL 25 MG TABLETTA</b>	<b>100x</b>	<b>20,44</b>	<b>1022</b>						
210144735	CAPTOGAMMA 25 MG TABLETTA	50x	23,48	587	1	1022	1	1022	1	<b>1022</b>
210074710	ACEOMEL 25 MG TABLETTA	30x	30,33	455	1	<b>455</b>	2	<b>910</b>	3	1365
<b>210231257</b>	<b>METFOGAMMA 850 FILMTABLETTA</b>	<b>60x</b>	<b>20,63</b>	<b>237</b>						
210147937	METFOGAMMA 850 FILMTABLETTA	120x	20,71	475	1	237	1	<b>237</b>	2	474
210211451	METFORMIN 1A PHARMA 850 MG FILMTABLETTA	120x	20,88	484	1	475	1	475	1	475
210214611	GLUFORMIN 850 MG FILMTABLETTA	60x	21,65	262	1	484	1	484	1	484
210123682	MEGLUCON 850 MG FILMTABLETTA	120x	21,98	540	1	262	1	262	2	524
210123666	MEGLUCON 850 MG FILMTABLETTA	30x	22,43	141	1	540	1	540	1	540
210211469	METFORMIN 1A PHARMA 850 MG FILMTABLETTA	30x	22,59	143	1	<b>141</b>	2	282	3	<b>423</b>
210082739	ADIMET 850 MG FILMTABLETTA	120x	24,8	684	1	143	2	286	3	429
					1	684	1	684	1	684
<b>210074883</b>	<b>CLONAMOX 250 MG KAPSZULA</b>	<b>500x</b>	<b>73,98</b>	<b>9247</b>						
210074875	CLONAMOX 250 MG KAPSZULA	100x	92,04	2301	1	9247	1	9247	1	9247
210134374	AMOXICILLIN-B 250 MG KAPSZULA	10x	145,6	273	1	2301	1	2301	1	<b>2301</b>
210074867	CLONAMOX 250 MG KAPSZULA	20x	145,8	547	3	<b>819</b>	6	<b>1638</b>	9	2457
210134382	AMOXICILLIN-B 250 MG KAPSZULA	20x	145,8	547	2	1094	3	1641	5	2735
					2	1094	3	1641	5	2735
<b>210214328</b>	<b>APO-FAMOTIDIN 40 MG FILMTABLETTA</b>	<b>60x</b>	<b>36,55</b>	<b>987</b>						
210064228	APO-FAMOTIDIN 40 MG FILMTABLETTA	30x	36,57	494	1	987	1	<b>987</b>	2	1974
210221692	FAMOTIDIN 1A PHARMA 40 MG FILMTABLETTA	30x	36,97	506	1	<b>494</b>	2	988	3	<b>1482</b>
210111198	MOTIDIN 40 MG FILMTABLETTA	14x	38,64	259	1	506	2	1012	3	1518
210154031	QUAMATEL 40 MG FILMTABLETTA	30x	43,2	693	3	777	4	1036	7	1813
210027357	QUAMATEL 40 MG FILMTABLETTA	14x	43,5	327	1	693	2	1386	3	2079
					3	981	4	1308	7	2289
<b>210111481</b>	<b>CORINFAR 20 RETARD FILMTABLETTA</b>	<b>100x üveg</b>	<b>17,06</b>	<b>171</b>						
210006678	CORDAFLEX 20 MG RETARD FILMTABLETTA	60x	17,38	110	1	171	1	171	1	<b>171</b>
210111465	CORINFAR 20 RETARD FILMTABLETTA	30x bliszter	17,75	62	1	110	1	<b>110</b>	2	220
210111473	CORINFAR 20 RETARD FILMTABLETTA	50x üveg	18,45	127	1	<b>62</b>	2	124	3	186
					1	127	2	254	2	254
<b>210008418</b>	<b>DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA</b>	<b>100x</b>	<b>20,94</b>	<b>942</b>						
210008426	DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	20x	25,1	226	1	942	1	942	1	<b>942</b>
210008434	DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	50x	25,12	565	2	452	3	<b>678</b>	5	1130
210135663	DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KAPSZULA	10x	27,9	126	1	565	2	1130	2	1130
210132932	DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KAPSZULA	20x	28,05	252	3	<b>378</b>	6	756	9	1134
210008604	DICLOFENAC PHARMAVIT 100 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	28,23	381	2	504	3	756	5	1260
					1	381	2	762	9	3429

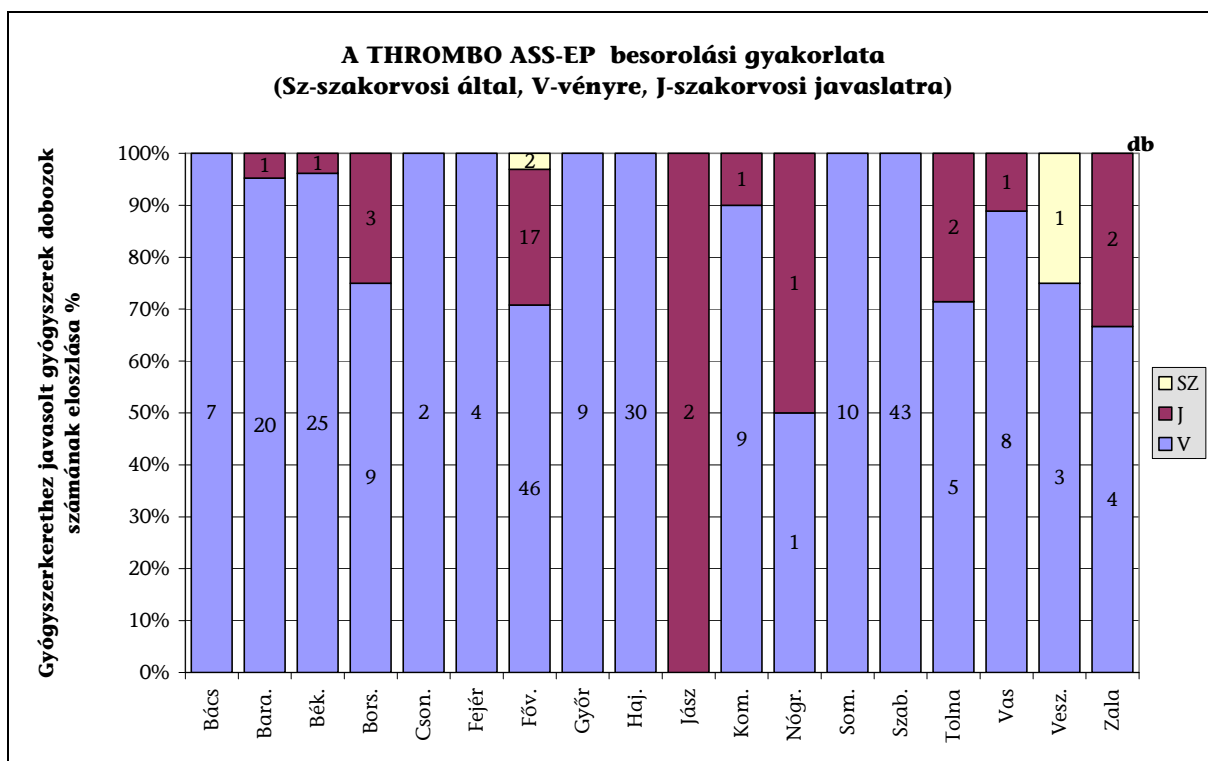
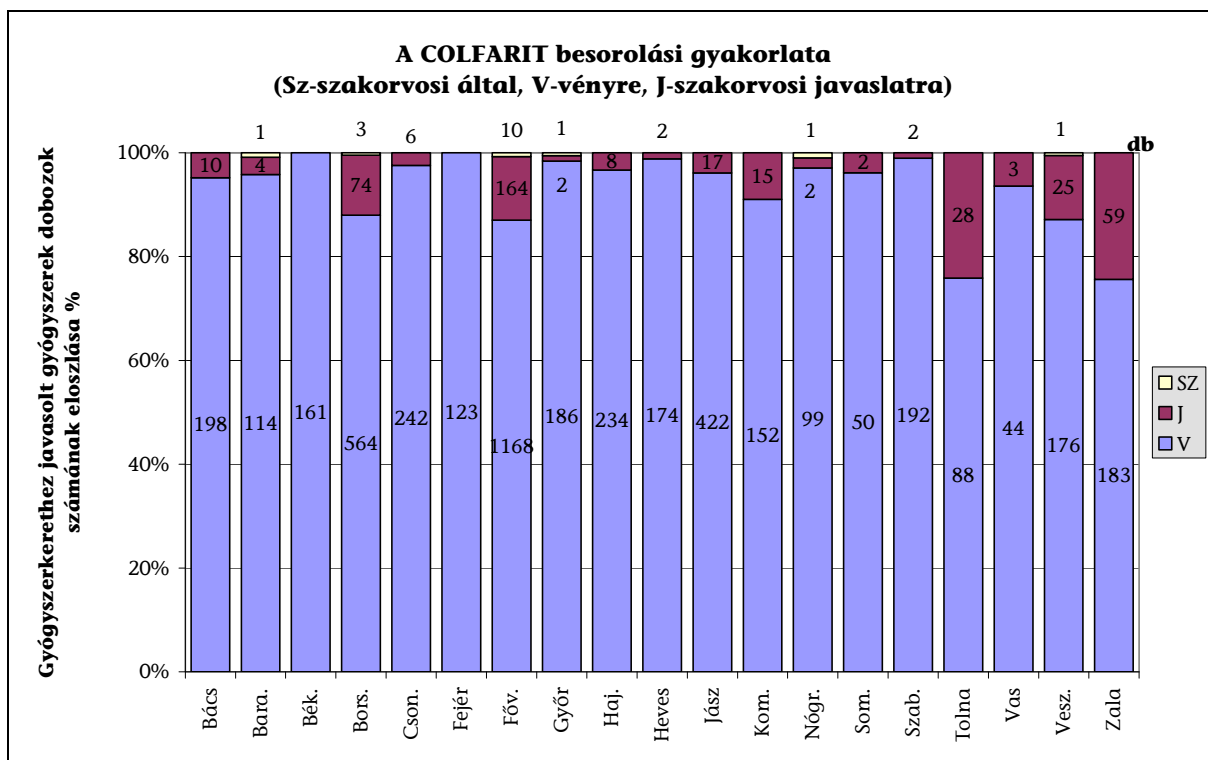
**28-SZOROS KISZERELÉSŰ KÉSZÍTMÉNYEK TÉRÍTÉSI DÍJA HAVI ÉS ÉVES KÖLTSÉGGKALKULÁCIÓ ESETÉN**

Adagolás A gyógyszereszkükséglet megállapítási módja:		1 x 1					2 x 1				3 x 1			
		Havi		Éves			Havi		Éves		Havi		Éves	
		Kiszereles	Bruttó Tér. Díj	doboz	Tér. Díj	doboz	Tér. Díj	doboz	Tér. Díj	doboz	Tér. Díj	doboz	Tér. Díj	doboz
Név														
CO-RENITEC TABLETTA	28x	134	24	3 216	14	1 876	36	4 824	27	3 618	48	6 432	40	5 360
LOKREN 20 MG FILMTABLETTA	28x	181	24	4 344	14	2 534	36	6 516	27	4 887	48	8 688	40	7 240
MONO MACK DEPOT 100 MG RETARD TABLETTA	28x	290	24	6 960	14	4 060	36	10 440	27	7 830	48	13 920	40	11 600
QUAMATEL 20 MG FILMTABLETTA	28x	398	24	9 552	14	5 572	36	14 328	27	10 746	48	19 104	40	15 920
TRITACE 5 MG TABLETTA	28x	364	24	8 736	14	5 096	36	13 104	27	9 828	48	17 472	40	14 560
SINGULAIR JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x	8783	24	210 792	14	122 962	36	316 188	27	237 141	48	421 584	40	351 320
NEBILET TABLETTA	28x	1527	24	36 648	14	21 378	36	54 972	27	41 229	48	73 296	40	61 080
LESCOL XL 80 MG RETARD TABLETTA	28x	879	24	21 096	14	12 306	36	31 644	27	23 733	48	42 192	40	35 160
XYZAL 5 MG FILMTABLETTA	28x	2892	24	69 408	14	40 488	36	104 112	27	78 084	48	138 816	40	115 680
PLAVIX 75 MG FILMTABLETTA/BLISZTER	28x	13168	24	316 032	14	184 352	36	474 048	27	355 536	48	632 064	40	526 720

## Egyes „VN” jelzésű készítmények eltérő megyei besorolási gyakorlata







## **Kérdőív a közgyógyellátási rendszer működésének értékeléséhez (gyógyászati segédeszközök)**

Tisztelt Válaszadó!

Kérjük, hogy a kérdőív kitöltésével Ön is járuljon hozzá az Állami Számvevőszék vizsgálatához, amelynek során a közgyógyellátás rendszerét értékeli. Véleményét név nélkül, bizalmasan kezeljük és vizsgálatunkban összesítve mutatjuk be. Válaszait az üres négyzetekbe tett x jellel szíveskedjen megadni.

- 1. Elégedett-e a közgyógyellátás keretében igénybevehető ellátással?**  
 igen  
 nem
- 2. Ön számára most jobb-e a közgyógyellátás, mint a korábbi években?**  
 igen  
 nem
- 3. Kapott-e megfelelő tájékoztatást a közgyógyellátásról?**  
 igen  
 nem
- 4. Kitől tudta meg, hogy Ön jogosult lehet közgyógyellátásra?**  
 háziorvostól  
 jegyzőtől, hivataltól  
 rokontól, ismerőstől  
 sajtóból  
 egyéb forrásból, éspedig:.....
- 5. Voltak-e problémái az igazolvány igénylésével, megújításával?**  
 igen  
 nem
- 6. Folyamatosan hozzájut-e a közgyógyellátásban a szükséges gyógyászati segédeszközökhöz?**  
 igen  
 nem
- 7. Előfordult, hogy a közgyógyellátási igazolványa ellenére még Önnek is fizetnie kellett a kiváltott eszközért?**  
 igen  
 nem
- 8. Amennyiben Önnek is fizetnie kellett, volt elegendő pénze a szükséges eszköz(ök)re?**  
 igen  
 nem

**Köszönjük a válaszadását!**

## **Tanúsítványok jegyzéke**

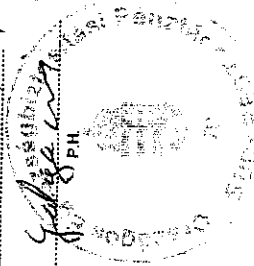
- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. sz. tanúsítvány | Közgyógyellátás gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása                          |
| 2. sz. tanúsítvány | Közgyógyellátottak által gyógyászati segédeszközökre és gyógyfürdő ellátásra fizetett térítési díjak |
| 3. sz. tanúsítvány | Országos adatok az OEP és a MEP-ek közgyógyellátásra jutó fejlesztési kiadásairól                    |
| 4. sz. tanúsítvány | Közgyógy kártyákról törölt keretösszegek (2008. I. félév)  |
| 5. sz. tanúsítvány | Eljárások száma 2006. július 1-jétől az OEP-nél és a MEP-eknél                                       |
-

## Közgyógyellátás gyógyszer gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása

Közgyógyellátás jogcím szerint	Gyógyszer támogatása 2005. évben						Gyógyfürdő támogatása 2005. évben						GYSE támogatása 2005. évben						Támogatás összesen 2005 évben
	Társadalombiztosítási forrásból			Központi költségvetési forrásból kvázi létesítési díj			Társadalombiztosítási forrásból			Központi költségvetési forrásból kvázi létesítési díj			Társadalombiztosítási forrásból			Központi költségvetési forrásból kvázi létesítési díj			
	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Új rendszer szerint	
A - Alanyi*	239 428,51	0,00	200 293,28	0,00	0,00	0,00	174 436,65	0,00	42 704,85	0,00	656 863,29								
A - Inklúziós és díjazott nevelési költség	88 927 862,96	0,00	130 018 843,23	0,00	329 590,00	0,00	201 234 164,10	0,00	55 934 773,43	0,00	478 716 646,72								
B - Rendezéses szociális segélyben részesülő	173 859 505,31	0,00	209 103 886,28	0,00	929 177,00	0,00	83 851 853,00	0,00	23 155 104,75	0,00	491 871 845,34								
C - Pályázati támogatásban részesülő, költségvetésből	543 704 102,61	0,00	496 039 886,20	0,00	8 233 536,00	0,00	388 869 179,56	0,00	111 213 370,47	0,00	1 558 869 818,94								
D - Szociális, családi segélyben részesülő	226 421,51	0,00	394 869,50	0,00	9 790,00	0,00	255 501,40	0,00	71 869,30	0,00	929 977,71								
E - Központi szociális segélyben részesülő	9 484 833,23	0,00	8 970 319,72	0,00	117 140,00	0,00	5 127 891,85	0,00	1 207 548,00	0,00	25 409 336,85								
F - Rendelési díj	254 728 693,95	0,00	314 803 086,50	0,00	2 211 278,00	0,00	547 464 327,94	0,00	1 821 630,25	0,00	1 263 304 205,61								
G - H. csoportú rokkantság, baleseti nyugdíjas	4 023 714 721,44	0,00	3 917 784 140,16	0,00	71 240 013,00	0,00	3 751 614 753,31	0,00	961 787 274,78	0,00	12 807 100 939,89								
H - Emelt családi pótlékra jogosult	671 059 290,08	0,00	867 094 789,53	0,00	5 899 540,00	0,00	1 979 661 117,20	0,00	557 929 414,01	0,00	4 098 490 015,90								
I - Munkaadókat terhelő járulékok	5 766 921 656,55	0,00	5 833 379 837,40	0,00	188 776 065,00	0,00	8 885 342 738,41	0,00	1 733 772 863,83	0,00	20 308 469 761,05								
M - Munkaadókat terhelő járulékok	5 419 235 125,42	0,00	7 849 172 615,00	0,00	183 059 271,00	0,00	5 828 786 023,12	0,00	1 693 636 618,65	0,00	10 059 945 178,79								
T - Normatív	3 632 464 542,52	0,00	4 028 639 109,27	0,00	61 661 909,00	0,00	1 716 459 009,47	0,00	572 397 196,52	0,00	10 059 945 178,79								
Munkaadókat terhelő járulékok	17 817 618 327,52	0,00	17 810 393 551,67	0,00	313 481 245,00	0,00	14 313 973 432,00	0,00	4 740 213 618,88	0,00	54 738 124 821,02								

Igazolom, hogy a támadótvényben szereplő adatok nyilvánvalóanvalóan megfelelnek.

Dátum: 2008.09.24



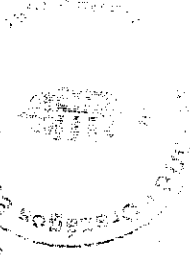
Közgyógyellátás gyógyszer gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása

Közgyógyigazgatóhely jogcím szerint	Gyógyszer támogatása 2008. évben			Gyógyfürdő támogatása 2008. évben			GYSE támogatása 2008. évben			Támogatás összesen 2008 évben			
	Társadalombiztosítási forrásból			Központi költségvetési forrásból kvázi létfélsé díj			Társadalombiztosítási forrásból				Központi költségvetési forrásból kvázi létfélsé díj		
	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint		Új rendszer szerint	Régi rendszer szerint	Új rendszer szerint
A. - Alányt	701 425,61	291 898,39	807 629,08	374 233,23	0,00	12 895,20	590 253,90	2 197 786,22	123 128,25	842 607,08	5 832 736,04		
A. - Ifjúsági és állami nevelési központi	66 177 825,18	2 833 426,23	115 123 818,30	3 857 885,12	299 021,20	5 816,00	193 652 082,34	2 923 306,80	54 059 193,35	976 983,25	440 181 401,97		
B. - Rendszeres szociális segélyben részesülő	150 782 886,68	6 528 536,39	203 975 417,39	5 771 087,19	955 177,00	0,00	82 722 651,06	2 257 871,55	21 883 129,92	550 078,15	475 971 840,74		
C. - Pénzbeli segélyben részesülő hátrányos	464 470 058,83	28 115 913,75	480 120 987,12	17 933 086,22	6 086 798,40	102 481,40	397 104 841,37	11 418 519,75	109 361 678,23	3 324 961,68	1 544 873 790,83		
D. - Sorkatonai, családi segélyben részesülő	62 788,77	0,00	118 771,34	0,00	0,00	0,00	23 937,60	0,00	10 581,60	0,00	238 078,31		
E. - Központi szociális segélyben részesülő	6 483 898,77	310 219,38	6 612 074,79	248 732,74	140 423,00	0,00	3 817 480,20	141 315,30	1 073 968,15	66 383,90	19 174 319,60		
F. - Rendszeres szociális segélyben részesülő	237 958 939,85	15 998 265,38	332 163 408,87	11 748 127,86	2 887 442,80	92 069,20	597 737 333,28	17 842 143,61	150 219 538,68	4 876 463,24	1 372 528 803,55		
G. - H. csoportos nevelés, baleseti nyugdíjas	3 783 177 960,02	277 940 907,01	4 075 597 171,46	160 094 311,15	75 761 132,80	1 081 291,60	3 901 904 280,92	131 835 489,56	990 687 749,52	32 384 940,10	13 508 540 766,54		
H. - Emelt családi pótlékra jogosult	551 950 935,98	57 589 195,35	820 340 124,16	38 285 828,32	5 738 488,20	60 213,60	3 079 789,60	10 650,00	489 550 190,30	27 064 221,76	3 890 275 071,86		
I. - Emelt családi pótlékra jogosult	6 281 806 820,68	357 104 352,88	6 638 911 173,56	258 684 267,83	63 642 429,20	1 334 397,00	62 841 828,50	357 833,50	3 433 018 159,20	69 658 868,64	21 558 608 612,56		
M. - Munkások	7 877 878 311,55	384 345 633,82	6 200 060 885,72	248 324 534,76	178 469 322,60	1 556 188,60	157 224 638,80	274 865,00	5 638 829 249,87	103 522 108,91	29 287 093 042,24		
T. - Normatív	3 179 409 622,74	189 978 939,40	3 929 123 197,09	135 617 048,67	65 448 419,60	768 515,20	1 591 005 831,01	43 008 860,51	900 956 626,96	12 129 236,96	9 665 754 875,14		
Működéses	19 358 360 550,17	1 071 650 890,90	118 164 832 983,97	642 835 845,06	597 748 186,60	3 659 070,80	258 350 136,48	14 212 875 863,98	3 988 457 273,88	111 113 138,74	55 414 208 476,79		

igazolom, hogy a társulmányban szereplő adatok nyilvánlontólmentesültek.

Dátum: 2008.09.24.

Gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatás



Közgyógyellátás gyógyszer gyógyászati segédesszék és gyógyfürdő támogatása

Közgyógyellátás jogcím szerinti	Gyógyszer támogatása 2007. évben				Gyógyfürdő támogatása 2007. évben				GYSE támogatása 2007. évben				Támogatás összesen 2007 évben
	Társadalombiztosítási forrásból		Központi költségvetési forrásból kvázi tértései díj		Társadalombiztosítási forrásból		Központi költségvetési forrásból kvázi tértései díj		Társadalombiztosítási forrásból		Központi költségvetési forrásból kvázi tértései díj		
	Régi rendszer szerinti	Új rendszer szerinti	Régi rendszer szerinti	Új rendszer szerinti	Régi rendszer szerinti	Új rendszer szerinti	Régi rendszer szerinti	Új rendszer szerinti	Régi rendszer szerinti	Új rendszer szerinti	Régi rendszer szerinti	Új rendszer szerinti	
A - Alanyi	178 412,09	615 070,50	408 284,44	0,00	65 049,60	32 987,20	0,00	109 328,70	2 710 894,44	37 289,00	848 459,28	5 870 331,35	
B - Intézményi és állami nevelési központok	15 757 897,75	52 202 025,11	215 981 038,61	168 675,40	38 229,60	20 839,40	29 839,40	33 148 142,70	64 719 990,50	13 112 001,70	23 387 370,40	281 949 480,62	
C - Pénzügyi intézmények részére	29 801 899,81	181 726 210,57	97 386 128,36	353 547,80	245 420,80	86 438,80	62 480,00	12 134 949,44	30 182 265,52	4 616 010,92	10 489 887,57	422 270 265,45	
D - Szociális, családfelügyeleti részleg	98 485 454,81	462 274 818,90	140 286 559,75	2 278 344,20	3 471 517,80	1 387 830,80	438 141,20	54 822 558,27	145 867 561,88	29 131 378,19	85 888 655,81	1 425 157 597,82	
E - Központi szociális segélyben részesülők	10 930,00	0,00	24 580,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
F - Rokonviszonyok alapján	1 336 419,39	10 278 928,07	57 082,40	21 511,80	11 981,20	10 098,40	189 052,40	835 705,60	1 437 701,39	476 893,60	590 211,21	23 277 855,98	
G - III. csoportú rokkantsági, baleseti nyugdíjasok	58 733 152,74	599 021 280,28	97 311 040,25	1 790 533,20	897 439,60	189 052,40	4 524 336,00	108 090 811,84	345 569 341,55	43 169 452,40	108 426 778,81	1 624 063 680,75	
H - Emelt családi pótlékra jogosultak	110 423 272,56	2 177 097 042,99	210 523 498,40	3 079 780,80	1 489 554,00	328 539,40	1 342 950,40	701 697 633,32	2 089 822 787,20	264 321 385,29	685 177 469,80	17 073 594 185,47	
I - Emelt családi pótlékra jogosultak	3 228 338 847,88	10 583 338 651,74	1 333 507 229,07	47 781 030,40	27 818 566,40	5 571 452,80	1 818 576 856,20	2 285 339 898,70	3 848 548 897,20	115 511 928,72	345 895 274,28	5 892 791 696,72	
M - Munkaadókat terhelő járulékok	1 558 403 347,26	6 811 852 819,89	2 385 844 509,20	5 115 043 482,54	49 865 469,40	9 583 182,80	3 003 053,00	781 911 148,93	1 394 110 488,96	399 959 339,21	602 542 347,10	19 155 321 035,35	
T - Normatív	498 403 373,90	3 760 597 964,80	898 628 140,88	2 879 251 078,96	15 889 827,60	28 651 565,80	9 993 897,00	191 312 800,30	565 377 331,89	93 830 857,28	241 442 805,09	9 263 392 885,06	
Mindenösszesen	3 283 138 369,18	12 718 827 375,80	4 985 978 890,18	15 808 571 830,87	127 131 180,60	83 384 685,60	17 063 352,00	2 282 590 546,83	5 808 034 415,42	684 166 316,38	2 062 477 889,59	54 687 523 003,59	

Igazolom, hogy a táblázatban szereplő adatok nyilvántartásunkkal megegyeznek.

Dátum: 2008.09.24  
 Gyógyfürdői és Gyógyászati Segédesszék Igazgatója  
 Dr. ...  
 (Környezetvédelmi és Természetvédelmi Hivatal)



## Közgyógyellátás gyógyszer gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása

Közgyógyigazolvány jogcíme szerint	Azon közgyógy igazolványra jogosultak száma, akik nem váltottak ki gyógyszert (fő)				Azon közgyógy igazolványra jogosultak száma 2008. első félévében akiknek csak eseti gyógyszerkeretük volt (fő)	Közgyógy igazolványra jogosultak által 2008 első félévében (nemcsak közgyógy jogcíme) vényre kiváltott gyógyszerek	beteg által térített (eFt)
	2005. (fő)	2006. (fő)	2007. (fő)	2008. (fő)			
A - Alanyi*	0	41	49	0	0	0	0
A - Intézeti és állami nevelt kiskorú	4 359	4 572	4 612	6 129	14 204	144 489	1
B - Rendszeres szociális segélyben részesülő	706	748	723	579	739	81 432	0
C - Pénzellátásban részesülő hadigondozott	708	659	641	907	613	146 276	3
D - Sorhatonai, családi segélyben részesülő	19	14	9	0	0	0	0
E - Központi szociális segélyben részesülő	34	45	38	19	22	8 159	0
F - Rokkantsági járadékos	1 530	1 850	1 670	2 494	4 696	484 306	1
G - II. csoportú rokkantsági, baleseti nyugdíjas	8 958	9 314	8 440	9 548	8 463	5 220 573	168
H - Emelt családi pótlékra jogosult	14 154	15 445	15 880	16 060	33 236	2 591 201	27
Alanyi összesen (1993. III. tv. 50§)	30 468	32 647	32 013	35 736	61 973	8 676 435	200
M - Máltányos	6 429	4 657	9 253	4 945	86	1 666 091	49
T - Normatív	4 438	3 783	5 072	3 886	203	1 026 071	58
Mindösszesen	41 335	41 087	46 338	44 567	62 262	11 368 597	307

Igazolom, hogy a tájékoztatóban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008.05.24.

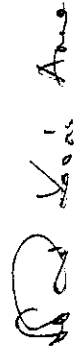
*Győrfi*  
P.H.

**Közgyógyellátottak által gyógyászati segédeszközökre  
és gyógyfürdő ellátásra fizetett térítési díjak**

Sorsz.	Megnevezés	2005.		2006.			2007.	
		Személy (fő)	Térítés (E Ft)	év össz. személy (fő)	I. félév térítés (E Ft)	II. félév térítés (E Ft)	Személy (fő)	Térítés (E Ft)
1.	Gyógyászati segédeszközök	280 575	0	266 038	0	93 548 867	175 405	117 553 825
2.	Gyógyfürdő ellátások	19 331	0	19 743	0	10 757 067	13 636	23 197 659

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008. augusztus 7.

  
 Dr. Daubner Monika  
 főosztályvezető

Országos adatok az OEP és a MEP-ek közgyógyellátásra jutó fejlesztési kiadásairól

3. sz. tanúsítvány

	Megnevezés	2004	2005	2006	2007	2008**
1	létszám (fő)	4 074	3 914	3 849	3 246	3 262
	ebből					
2	határozott idejű (fő)	159	189	221	402	473
3	határozatlan idejű (fő)	3 915	3 725	3 628	2 844	2 789
4	1-ből adminisztratív létszám (fő)			404	343	344
5	1-ből érdemi ügyintézői létszám (fő)			3 445	2 903	2 918
6	közgyógyhoz kapcsolódó létszám (fő)	38,6	35,1	230,05	337,35	311,8
	ebből					
7	határozott idejű (fő)	1	2,3	14,05	85,75	102,25
8	határozatlan idejű (fő)	37,6	32,8	216	251,6	209,55
9	6-ból adminisztratív létszám (fő)	2	3	39,75	77	78,2
10	6-ból érdemi ügyintézői létszám (fő)	36,6	37,6	190,3	260,35	233,6
11	bére + járuléka (M Ft)	146,77	154,05	1 274,32	1 710,45	391,82
12	dologi kiadás (M Ft)*	67,08	67,91	367,58	446,67	149,92
13	fejlesztési kiadás (M Ft)	7,84	14,70	238,39	250,32	4,96
	ebből					
14	Informatika (MFt)		6,2	138,3	127,2	0
	Összesen (M Ft) 11+12+13	221,69	236,66	1 880,29	2 407,44	546,70

\*fűtés, világítás, irodai eszközök, postadíj, stb.

\*\* 1-3 havi adat

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008. július 28.



**Közgyógy kártyákról törölt keretösszegek  
(2008 I. félév)**

"Elveszett" keretösszeg az éves keret százalékában	Közgyógy kártya lejáratokor (meghosszabbítás után is) "elveszett"		Passziválás miatt "elveszett"	
	Kártya (db)	Ft	Kártya (db)	Ft
10% vagy annál kevesebb	66315	109 950 938 Ft	943	1 647 172 Ft
20% vagy annál kevesebb	19847	271 215 546 Ft	482	5 482 315 Ft
30% vagy annál kevesebb	18256	396 607 123 Ft	796	15 753 526 Ft
40% vagy annál kevesebb	17856	539 682 552 Ft	718	20 856 635 Ft
50% vagy annál kevesebb	17507	674 752 322 Ft	991	35 224 391 Ft
60% vagy annál kevesebb	16198	734 440 222 Ft	967	43 303 609 Ft
70% vagy annál kevesebb	14656	752 923 388 Ft	982	50 745 515 Ft
80% vagy annál kevesebb	12238	685 669 279 Ft	1097	66 429 159 Ft
90% vagy annál kevesebb	9543	561 268 100 Ft	1082	74 088 341 Ft
100% vagy annál kevesebb	15295	554 026 461 Ft	2363	145 953 922 Ft
Azon közgyógyosok teljes keretösszege összesen, akiknek "elveszett" valamekkora keretösszege (Ft)	207711	15 684 604 152 Ft	10421	752 753 106 Ft
Ebből mekkora a kártyára (negyedévenként) feltöltött felhasználhatatlan ("elveszett") keretösszeg (Ft)	207711	5 280 535 931 Ft	10421	459 484 585 Ft

Mivel kiderült, hogy tévesen a 6000 Ft-os évi egyszeri jóváírásokat a statisztika készítésénél nem vettük figyelembe, a táblázatot újra generáltuk. Néhány magyarázat:

Olyan adatok szerepelnek a táblázatban, amelyekre a közgyógy igazolvány lejárt 2008. január 1 és június 30 között.

Az első adatoszlopban olyan kártyák szerepelnek, amelyhez tartozó TAJ szám az igazolvány lejáratkor még érvényes volt. (Ha idő előtt is lett a kártya lezárva (pl. téves kiadás), a TAJ szám a közgyógy igazolvány eredeti 1 éves érvényessége alatt végig élő volt.)

A második adatoszlopban olyan kártyák szerepelnek, amelyekhez tartozó TAJ szám passziválásra került a kártya eredeti érvényességi ideje alatt.

A táblázatban összesen 30610 új tétel szerepel, ebből:

- 30153 olyan, amelynek nulla havi kerete volt, csak az éves 6000 Ft-os összeget kapta meg. (Eredeti lekérdezésből tévedésből kimaradtak)

- A fennmaradó 457 új sor olyan, amelynek igazolványát utólagosan, pl. passziválás, vagy új igazolvány kiadása miatt MEP-en időközben 2008.07.01 előtti dátummal zárták le.

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008.03.24.....

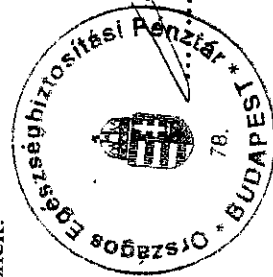
## Eljárások száma 2006. július 1-jétől az OEP-nél és a MEP-eknél

Megnevezés	2006.*	2007.	db.
A MEP-ek által lefolytatott eljárások száma <input checked="" type="checkbox"/>	124.210	406.590	
ebből elutasított	16.537	62.235	
ebből ismételten benyújtott	525	3248	
Másodfokú eljárások száma összesen <i>ebből</i>	445	4045	
- megváltoztatott állásfoglalás	18	220	
- új eljárásra kötelezett	14	42	
- elutasított	413	3783	

- 2006. július 1-től (2006. szeptembertől II. fokú kg.)

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008. július 08. ....



Az elsőfokú eljárásokra vonatkozó adatokat az ISF Főosztály szolgáltatta.

## Táblázatok jegyzéke

- 1/a. sz. táblázat Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása, 2003 – 2007, 2008. I. félév (bruttó értékben)
- 1/b. sz. táblázat Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő szolgáltatás összes kiadása, aránya (2005 – 2008. I. félév)
- 1/c. sz. táblázat Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása, (2005 – 2008. I. félév) (E. Alap)
- 1/d. sz. táblázat Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása, (2005 – 2007.) (Központi költségvetés, önkormányzati befizetés)
- 2/a – 2/e. táblázat Közgyógyellátás legnagyobb forgalmú gyógyászati segédeszközeinek közfinanszírozás alapját képező árai (2005 – 2008. I. negyedév)
-

**Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása, 2003-2007, 2008. I. félév<sup>a)</sup>**  
(bruttó értékben)

Megnevezés	2003	2004	2005	2006	2007	2008. I. félév <sup>b)</sup>
<b>Gyógyszer, gyse, gyógyfürdő tb. támogatása</b>	<b>291 238,9</b>	<b>336 793,3</b>	<b>397 759,2</b>	<b>442 401,2</b>	<b>364 804,9</b>	<b>179 330,6</b>
ebből: gyógyszerátogatás	251 818,0	288 949,6	348 869,1	388 710,8	323 639,0	158 416,8
ebből: közgyógyellátás <sup>c)</sup>	16 301,8	16 606,1	17 628,7	16 745,9	22 992,5	15 193,0
gyógyászati segédeszköz támogatás	34 957,5	42 982,6	44 131,7	48 527,3	36 626,1	18 983,2
ebből: közgyógyellátás <sup>c)</sup>	10 483,6	11 571,4	11 369,6	11 284,7	6 534,1	3 291,3
gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátásd)	4 463,3	4 861,1	4 758,5	5 163,0	4 539,8	1 930,6
ebből: közgyógyellátás <sup>c)</sup>	184,0	305,5	309,7	332,3	229,5	75,3
<b>Közgyógyellátás kiadásai központi költségvetéséből és helyi önkormányzatok által</b>	<b>19 728,8</b>	<b>20 568,5</b>	<b>23 012,1</b>	<b>23 439,0</b>	<b>22 739,6</b>	<b>10 859,2</b>
ebből: gyógyszer	15 810,6	17 107,0	19 172,1	19 675,2	20 072,6	9 623,7
gyógyászati segédeszköz	3 644,6	3 064,2	3 471,1	3 482,7	2 601,0	1 197,5
gyógyfürdő	273,6	397,3	369,0	281,2	66,0	38,0
<b>Közgyógyellátás megtérítése összesen</b>	<b>19 723,5</b>	<b>20 516,5</b>	<b>22 911,0</b>	<b>23 871,0</b>	<b>22 558,3</b>	<b>11 291,6</b>
ebből: központi költségvetéséből	16 913,0	17 439,0	19 634,0	21 009,0	19 924,0	10 286,0
önkormányzatok által	2 810,5	3 077,5	3 277,0	2 862,0	2 634,3	1 005,6

**a) Főkönyvi adat**

b) 2008. 07. 24-i könyvelési állapotnak megfelelően (előzetes főkönyvi adat).

c) ÁFA nélkül

d) 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás, mint egyéb rehabilitációs célú gyógyászati ellátás.

Készítette: Bende Hedvig OEP Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály Statisztikai Osztály  
Ellenőrizte: Dénes Edit OEP Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály Statisztikai Osztály  
Adatforrás: Kettős-Könyvviteli Összesítő Rendszer

**Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő szolgáltatás összes kiadása, aránya  
(2005-2008. I. félév)**

Megnevezés	2005		2006		2007		2008. I. félév		2008. prognózis		2005-2007 összesen	
	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft
<b>Közgyógyellátásra fordított összes kiadás</b>	<b>52 320,2</b>	<b>51 802,0</b>	<b>52 495,7</b>	<b>29 418,8</b>	<b>58 837,6</b>	<b>156 617,9</b>						
ebből												
<b>E. Alap</b>	<b>29 308,0</b>	<b>28 362,9</b>	<b>29 756,1</b>	<b>18 559,6</b>	<b>37 119,2</b>	<b>87 427,0</b>						
gyógyszer	17 628,7	16 745,9	22 992,5	15 193,0	30 386,0							
gyógyászati segédeszköz	11 369,6	11 284,7	6 534,1	3 291,3	6 582,6							
gyógyfürdő szolgáltatás	309,7	332,3	229,5	75,3	150,6							
<b>Központi költségvetés és önkormányzati befizetés</b>	<b>23 012,2</b>	<b>23 439,1</b>	<b>22 739,6</b>	<b>10 859,2</b>	<b>21 718,4</b>	<b>69 190,9</b>						
gyógyszer	19 172,1	19 675,2	20 072,6	9 623,7	19 247,4							
gyógyászati segédeszköz	3 471,1	3 482,7	2 601,0	1 197,5	2 395,0							
gyógyfürdő szolgáltatás	369,0	281,2	66,0	38,0	76,0							

Közgyógyellátásra fordított összes kiadás megoszlási aránya (%)	2005		2006		2007		2008. I. félév	
	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft	E Ft
<b>Összes kiadás (100%)</b>	<b>52 320,2</b>	<b>51 802,0</b>	<b>52 495,7</b>	<b>29 418,8</b>	<b>58 837,6</b>	<b>156 617,9</b>		
ebből								
gyógyszer	70%	70%	82%	84%				
gyógyászati segédeszköz	28%	29%	17%	15%				
gyógyfürdő szolgáltatás	1%	1%	1%	0%				

Forrás: OEP, Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály, Statisztikai Osztály

**Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása (2005-2008. I. félév) (E. ALAP)**

	(millió Ft)					
<b>Megnevezés</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008. I. félév</b>	<b>2008. prognózis</b>	
Gyógyszártámogatás	348 869,1	388 710,8	323 639,0	158 416,8	316 833,6	
ebből közgyógy	17 628,7	16 745,9	22 992,5	15 193,0	30 386,0	
<i>Arány</i>	5%	4%	7%	10%	10%	
Gyógyászati segédeszköz támogatás	44 131,7	48 527,3	36 626,1	18 983,2	37 966,4	
ebből közgyógy	11 369,6	11 284,7	6 534,1	3 291,3	6 582,6	
<i>Arány</i>	26%	23%	18%	17%	17%	
Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátás	4 758,5	5 163,0	4 539,8	1 930,6	3 861,2	
ebből közgyógy	309,7	332,3	229,5	75,3	150,6	
<i>Arány</i>	7%	6%	5%	4%	4%	
<b>Megnevezés</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008. I. félév</b>	<b>2008. prognózis</b>	
Gyógyszer, gyse, gyógyfürdő tb. támogatása	397 759,3	442 401,1	364 804,9	179 330,6	358 661,2	
ebből közgyógy	29 308,0	28 362,9	29 756,1	18 559,6	37 119,2	
<i>Arány</i>	7%	6%	8%	10%	10%	
<b>Megnevezés</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008. I. félév</b>	<b>2008. prognózis</b>	
<b>Közgyógy E. Alapból összesen</b>	<b>29 308,3</b>	<b>28 363,2</b>	<b>29 756,3</b>	<b>18 559,6</b>	<b>37 119,2</b>	
ebből	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
Gyógyszer	60%	59%	77%	82%	82%	
Gyse	39%	40%	22%	18%	18%	
Gyógyfürdő	1%	1%	1%	0%	0%	

Forrás: OEP, Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály, Statisztikai Osztály

**Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő támogatása  
(2005-2008. I. félév)  
(Központi költségvetés, önkormányzati befizetés)**

	2005	2006	2007	2008. I. félév
<b>Megnevezés</b>				(M Ft)
Gyógyszer közgyógyellátási	19 172,1	19 675,2	20 072,6	9 623,7
Gyógyászati segédeszköz	3 471,1	3 482,7	2 601,0	1 197,5
Gyógyfürdő szolgáltatás	369,0	281,2	66,0	38,0
<b>Gyógyászati segédeszköz, gyógyszer, gyógyfürdő szolgáltatás összesen</b>	<b>23 012,2</b>	<b>23 439,1</b>	<b>22 739,6</b>	<b>10 859,2</b>

	2005	2006	2007	2008. I. félév
<b>Megnevezés</b>				
<b>Közgyógy központi költségvetésből és helyi önkormányzatok által ebből</b>	<b>23 012,2</b>	<b>23 439,1</b>	<b>22 739,6</b>	<b>10 859,2</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Gyógyszer	83%	84%	88%	89%
Gyse	15%	15%	11%	11%
Gyógyfürdő	2%	1%	0%	0%

Forrás: OEP, Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály, Statisztikai Osztály

**Közgyógyellátás legnagyobb forgalmú gyógyászati segédeszközaineinek közfinanszírozás alapját képező árai 2005. év**

Ft/m.e.

Sorrend	ISO termék-kód	Megnevezés, mértékegység	Nettó	ÁFA	Bruttó
1.	0633060306001	C-13 deformált lábra, darab	10 110	20%	12 132
2.	0633060618001	C-21 erősen deformált lábra, darab	18 050	20%	21 660
3.	214503330945001	Beltone Opera Plus CSP IIP, darab	118 000	20%	141 600
4.	0209090303004	Lyofeam 10 x 17,5 cm, darab	2 300	20%	2 760
5.	0206091203001	Mepitel 20 x 30 cm, darab	2 250	20%	2 700
6.	214503481503001	Resound CC 4, darab	153 360	20%	184 032
7.	0209090303013	Lyofeam 15 x 20 cm, darab	2 300	20%	2 760
8.	0630360309001	Keményakrilát műfog, darab	374	0%	374
9.	0603090312001	Cheneau, darab	143 680	20%	172 416
10.	214503151251001	Victofon V6 Class D, darab	74 373	20%	89 248

**Közgyógyellátás legnagyobb forgalmú gyógyászati segédeszközeinek közfinanszírozás alapját képező árai 2006. év**

Ft/m.e.

<b>Sorrend</b>	<b>ISO termék-kód</b>	<b>Megnevezés, mértékegység</b>	<b>Nettó</b>	<b>ÁFA</b>	<b>Bruttó</b>
1.	0424120603016	Personal Aktív Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 850	5%	2 993
2.	0424120603001	C-Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 850	5%	2 993
3.	0633060306001	C-13 deformált lábra, darab	10 110	20%	12 132
4.	0633060618001	C-21 erősen deformált lábra, darab	18 050	20%	21 660
5.	214503330945001	Beltone Opera Plus CSP IIP, darab	118 000	20%	141 600
6.	214503481503001	Resound CC 4, darab	153 360	20%	184 032
7.	1215060303004	EL-GO, elektromos, darab	352 000	20%	422 400
8.	214503330945003	Phonak Astro MC-EP-ITC, darab	118 000	20%	141 600
9.	0209090303004	Lyofoam 10 x 17,5 cm, darab	2 300	20%	2 760
10.	1221270306001	B-4220/V, darab	740 000	20%	888 000

**Közgyógyellátás legnagyobb forgalmú gyógyászati segédeszközeinek közfinanszírozás alapját képező árai 2007. I. félév**

Ft/m.e.

Sorrend	ISO termék-kód	Megnevezés, mértékegység	Nettó	ÁFA	Bruttó
1.	0424120603016	Personal Aktív Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 790	5%	2 930
2.	0424120603001	C-Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 790	5%	2 930
3.	0633060618001	C-21 erősen deformált lábra, darab	18 050	20%	21 660
4.	0633060306001	C-13 deformált lábra, darab	10 110	20%	12 132
5.	1215060303004	EL-GO, elektromos, darab	345 000	20%	414 000
6.	0209090303004	Lyofeam 10 x 17,5 cm, darab	2 299	20%	2 759
7.	0930040621014	Seni Standard Large (1543 ml), darab	112	20%	134
8.	1221270306001	B-4220/V, darab	740 000	20%	888 000
9.	0212030903002	Combiderm 15 x 18 cm, darab	1 913	20%	2 296
10.	0930040615017	Seni Standard Medium (1358 ml), darab	96	20%	115

**Közgyógyellátás legnagyobb forgalmú gyógyszerei közfinanszírozás alapját képező árai 2007. II. félév**

Ft/m.e.

Sorrend	ISO termék-kód	Megnevezés, mértékegység	Nettó	ÁFA	Bruttó
1.	0424120603016	Personal Aktív Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 790	5%	2 930
2.	0424120603001	C-Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 790	5%	2 930
3.	0633060618001	C-21 erősen deformált lábra, darab	18 050	20%	21 660
4.	0209090303004	Lyofeam 10 x 17,5 cm, darab	2 299	20%	2 759
5.	1216060303002	EL-GO, elektromos, darab	345 000	20%	414 000
6.	0633060306001	C-13 deformált lábra, darab	10 110	20%	12 132
7.	0930040621003	Molicare L (1270 ml), darab	112	20%	134
8.	1221270306001	B-4220/V, darab	740 000	20%	888 000
9.	0930040621014	Seni Standard Large (1543 ml), darab	112	20%	134
10.	0930040615003	Molicare M (1150 ml), darab	96	20%	115

**Közgyógyellátás legnagyobb forgalmú gyógyászati segédeszközeinek közfinanszírozás alapját képező árai****2008. I. negyedév**

Ft/m.e.

<b>Sorrend</b>	<b>ISO termék-kód</b>	<b>Megnevezés, mértékegység</b>	<b>Nettó</b>	<b>ÁFA</b>	<b>Bruttó</b>
<b>1.</b>	0424120603016	Personal Aktív Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 790	5%	2 930
<b>2.</b>	0424120603001	C-Test 50 db/doboz, csomag/doboz	2 790	5%	2 930
<b>3.</b>	0633060618001	C-21 erősen deformált lábra, doboz	18 050	20%	21 660
<b>4.</b>	0209090303004	Lyofoaam 10 x 17,5 cm, doboz	2 299	20%	2 759
<b>5.</b>	0633060306001	C-13 deformált lábra, doboz	10 110	20%	12 132
<b>6.</b>	0930040621003	Molicare L (1270 ml), doboz	112	20%	134
<b>7.</b>	1216060303002	EL-GO, elektromos, doboz	345 000	20%	414 000
<b>8.</b>	0930040615003	Molicare M (1150 ml), doboz	96	20%	115
<b>9.</b>	0930040624013	Molicare Super L (2400 ml), doboz	132	20%	158
<b>10.</b>	0930040621014	Seni Standard Large (1543 ml), doboz	112	20%	134