Kevesebb támogatott – magasabb költségek

LÓRÁNTH IDA

Az Állami Számvevőszék (ÁSZ) a napokban hozta nyilvánosságra februári keltezésű jelentését, amely a hazai közgyógyellátási rendszer működésének ellenőrzését tárgyalja.

A jelentés bevezetőjében annak összeállítói leszögezik: a közgyógyellátás Magyarországon nemcsak egészségpolitikai, hanem szociálpolitikai funkciókat is ellát, mert a lakosság szociálisan rászorult rétegeinek egészségmegőrzését, illetve a különféle betegségeik gyógyításaival felmerülő költségeik kompenzációját szolgálja. E támogatásfajta részben vagy egészében átvállalja a kiadásokat. Ebből a támogatásból fedezhető az orvos által elrendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, rehabilitációs ellátások részleges vagy teljes költsége. A költségtérítést a rászoruló az állami költségvetésből, illetve az önkormányzatoktól kapja. „Közgyógyszerellátás" címen Magyarországon 1942 óta létezik ilyen jellegű szociális támogatás. A mai rendszer 2006 óta lényegében változatlan feltételekkel működik. Az uniós tagállamok szociális rendszereiben sok helyütt működik hasonló ellátási forma. Vannak országok, ahol a támogatást életkorhoz, máshol jövedelemhez kötik. Egyes államokban maximálják a beteg által fizetendő térítési díj összegét, az e fölött fizetendő térítés kiegyenlítését pedig az állam átvállalja. A térségben a hazai közgyógyellátási technika egyedinek minősül, mert nem a beteg fizetési terheit korlátozza, hanem az állami támogatás mértékét maximálja. Annak megalkotói szerint így erősebben érvényesülhet a rászorultsági elv, célzottabbá válik a támogatás és igazságosabban érvényesül a jogosultság. Az elvek kialakításakor figyelembe vették az ellátás minőségének folyamatos javítását, a támogatott gyógyszerek körének bővítését.

Csökkent a támogatottak létszáma

Az utóbbi években, éppen a közgyógyellátó rendszer korszerűsítése folytán, a korábbiakhoz képest valamelyest csökkent a támogatások összege. Ezt eredményezte a jogosultságok felülvizsgálata és a fogyasztás folyamatos, szigorú kontrollja, az OEP és a gyógyszertárak között kiépített on-line kapcsolat, az egyéni gyógyszerkeretek pontos nyilvántartása. Megszűnt a korábban alkalmazott gyógyszerlista, így a szociális okokból támogatott betegek számára is elérhetővé vált minden olyan termék, amely kezelésükre a leginkább alkalmas. A gyógyszerekkel ellentétben a gyógyászati segédeszközöket és a különböző rehabilitációs szolgáltatásokat továbbra is „listáról" lehet elrendelni, ami azt jelenti, hogy a beteg nem minden esetben részesülhet a számára legideálisabb eszközből/szolgáltatásból. Bevezetésre került 2007. június 30-ától a jogosultságot igazoló és korszerű chipkártyás igazolvány, amelynek segítségével mind a beteg, mind az OEP naprakész információt kap a „virtuális pénztárcában" aktuálisan rendelkezésre álló támogatási keret mértékéről. A támogatásra jogosultak körének felülvizsgálata és a kártya bevezetése után 2007 októberében a hazai közgyógyellátottak létszáma a korábbi 539 ezer főről 337 ezerre csökkent. Azóta az ellátotti kör létszáma tovább apadt. A közgyógyrendszer átalakítása 12,5 százalékos ráfordítás-növekedést eredményezett. A 2005–2008-as időszakot vizsgálva megállapítható, hogy az E-Alap, a központi költségvetés és az önkormányzatok közgyógyellátás támogatására fordított együttes költségei 52,3 milliárd forintról 58,8 forintra emelkedtek.

Az ÁSZ-ellenőrzés egyrészt arra fókuszált, hogy megvizsgálja, megfelelő mértékben célzottak-e a közgyógyellátási rendszer támogatásai, továbbá kielégítő módon érvényesülnek-e a rászorultsági elvek, másrészt kiszámítható, tervezhető, értékálló-e a rendszer finanszírozása, illetve áttekinthető-e a források elosztása és felhasználása. A beszámolót összeállító szakemberek megállapították: az értékelő munkát nehezítette az a tény, hogy a kérdéses időszakban két, egymással nem kompatibilis rendszer adatait együttesen kellett vizsgálni, ami majdnem egy évig párhuzamosan működött. Továbbá az új rendszer bevezetése óta a Konvergencia Program követelményeinek megfelelően, jelentős mértékű átalakítások történtek a gyógyszer-, a gyógyászati segédeszköz- és a gyógyfürdőellátás támogatási rendszerében is.

A vizsgálatot végzők teljesítményellenőrzési módszerekkel dolgoztak. Helyszíni ellenőrzést tartottak 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), valamint Budapest VIII., IX., XIII., XIV. és XXI. kerületi önkormányzatainál. Továbbá kérdőíves felmérést végeztek a közgyógyellátást napi munkájukban folyamatosan a gyakorlatban is alkalmazó háziorvosok körében. Szintén kérdőíves adatgyűjtés útján a patikákban és a gyógyászati segédeszközöket árusító boltokban informálódtak a betegek elégedettségéről.

Komplikált és bürokratikus ügyintézés

A jelentés megállapításai szerint a közgyógyellátásra évente fordítható keretösszeg önálló, fix előirányzatként minden évben a szociális tárca költségvetésében szerepel. Ebben a forrásban a vizsgált időszak alatt ötszázalékos emelkedés (19,6 milliárd forintról 20,6 milliárdra) volt tapasztalható. Ezzel párhuzamosan az adott periódusban tíz százalékkal csökkent (397,8 milliárd forintról 358,7 milliárdra) az E-Alapból közgyógytámogatott gyógyszerre, segédeszközre és gyógyfürdőellátásra fordított forrás összege. Mindezek ellenére a közgyógytámogatások összességében látszólag 27 százalékos növekedést (29,3 milliárd forintról 37,1 milliárdra) mutatnak. Annak oka, az Eü. 90-es és az Eü. 100-as jogcímű gyógyszerfogyasztások elszámolásában keresendő, amelyek korábban nem tartoztak a közgyógyellátás finanszírozási körébe. Méltányossági jogcímen a települési önkormányzatok közgyógyellátást a jogosultak 30 százaléka után fizettek be az E-Alapba. Ez az összeg (az ellátotti létszám folyamatos csökkenése mellett) a 2005. évi 19,6 milliárd forintról 2008-ra 20,5 milliárdra nőtt. Ellentételezésként a helyi önkormányzatok a központi költségvetésből, az egyéb szociális juttatások keretében, normatív hozzájárulást kaptak. Az új rendszerben megszűnt az a gyakorlat, hogy az önkormányzati befizetés alapjául támogatottanként egységesen, a mindenkori öregségi nyugdíj 75 szá-

zaléka szolgált. A szakértők szerint az új rendszerben a „keretes" szisztéma az önkormányzatok számára drágává és nehezen tervezhetővé tette az ellátást, aminek következménye az lett, hogy hatvan százalékkal csökkent a méltányossági jogcímen ellátottak létszáma. Az önkormányzati befizetések nyomon követésére nem áll rendelkezésre egységes, országos nyilvántartási rendszer és ennek megvalósítására nem is áll rendelkezésre OEP-forrás. A különböző ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez a betegek által fizetett hozzájárulás összege 9,4 milliárd forintról 3,8 milliárdra csökkent. Ez az egy főre jutó térítési díjak összességére ugyan jellemző, ám a gyógyszer kivételével a gyógyászati segédeszközvásárlásban, illetve a gyógyfürdőszolgáltatások területén költségemelkedés tapasztalható.

A jelentés megfogalmazói úgy vélik, hogy az új törvényi szabályozás alapján létrejött ügyintézési folyamat túlbürokratizált. A rendszerben részt vevők (háziorvos, önkormányzat, MEP) számára átláthatatlan pontokat is tartalmaz. Kiszámíthatatlan és tervezhetetlen nemcsak a jogosultság megszerzésének folyamata, hanem a támogatás megfelelő mértéke is. Továbbá nagyon magasak a rendszer működtetését célzó OEP- és MEP-költségek. A 2005-ös, régi rendszerű működtetési költség 2,36 milliárd forint volt, 2007-ben pedig már 2,4 milliárd. A szociális tárca álláspontja szerint „a számos követelménynek való egyidejű megfelelés kényszere természetes módon vonta maga után a bonyolultabb, s minden elemében szabályozott végrehajtási rend kialakítását. Az ellátások működtetési költségeit viszonyítani kell más adatokhoz, erre vonatkozóan azonban nem áll rendelkezésre információ" – vélekednek a megnövekedett kiadások okairól a szakminisztérium képviselői.

Drága az adminisztráció

A jelentés szerint a vizsgált időszak alatt az OEP közgyógyellátással kapcsolatos feladatellátásának bér- és járulékvonzata 2005. évi 154 millió forintról 1,7 milliárdra duzzadtak, a dologi kiadások 67,9 millióról, 446,7 millióra emelkedtek. Az ellátási keretből fedezett postaköltség pedig az ötszörösére nőtt. A közgyógyellátási rendszer átalakítását segítette az úgynevezett VirEP informatikai rendszer, ami nyilvántartja a jogosultak körét és keretét, negyedévente feltölti az „elektronikus pénztárcát", a patikák és az OEP közötti on-line kapcsolat keretében ellenőrzi a taj-számokat és a közgyógyigazolványok érvényességét. A rendszer jól működik, kontrollfunkciókkal tovább bővíthető. A program keretében valósul meg a minden receptre kiterjedő jogviszony ellenőrzése is. Az informatikai rendszer 2005–2006-os korszerűsítése összesen 549,4 millió forintba került. Alapvető ellentmondásként említik azt a tényt, hogy míg a szociális törvény minden lakosra egyaránt érvényes, addig az E-Alap ellátásai csak a biztosítotti jogviszonnyal rendelkezőkre. Amennyiben biztosítással nem rendelkező kérelmező fordul a háziorvosához, illetve a gyógyszerészhez, bár mindkét szolgáltató teljesíti számára a szükséges ellátást, ám annak pénzügyi kiegyenlítése mind jogilag, mind a gyakorlatban megoldatlan probléma.

Az ÁSZ szakemberei a vizsgált települések anyagi lehetőségeit, fejlettségét a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján elemezték. Ezek szerint a településeket öt kategóriába (lemaradó, stagnáló, felzárkózó, fejlődő, dinamikusan fejlődő) sorolták be. Azok anyagi helyzetét a helyi szabályozások tükrözik. A jobb módú településekre jellemző az átlagosnál magasabb jövedelem és az alacsonyabb gyógyító ellátási költségek. A legszegényebb településekre jellemző, hogy az ott lakók számára az átlagosnál sokkal nehezebb a méltányossági jogcímhez való hozzájutás, amit az önkormányzatok által alkotott helyi jogszabályok is akadályoznak, és következményükként jóval magasabb az országos átlagnál az elutasításoknak a száma is. A vizsgálatban részt vevő hetven településnek kiküldött kérdőívekre adott válaszok alapján megállapítható, hogy a dinamikusan fejlődő és a lemaradó települések között kétszeres a különbség a közgyógyellátáshoz való hozzáférésben. Az adott település financiális helyzetétől függetlenül természetesen a gazdagabbaknál is előfordulhat a nagyobb számú elutasítás, ha az önkormányzati szabályozás szigorúbb, mint az országos átlag. Eltekintve ettől a tényezőtől, az mégis megállapítható, hogy a szegényebb településeken az ellátásért folyamodó betegeknek a háromszorosát utasítják el, mint a jobb módú helységekben. Ezt a tendenciát igazolja a kiadott igazolványok száma is. A dinamikusan fejlődő településeken 2005-ben tízezer lakosra például átlagosan 230, 2008-ban 103 darab igazolvány jutott. Ezek a számok jelentős mértékben meghaladják a más kategóriába sorolt településeken jóváhagyott jogosultságok számát.

A jelentés megfogalmazói leszögezik: a közgyógyellátás rendszerében 2006 júliusától paradigmaváltás következett be. Korábban a közgyógylistáról hétszázöt gyógyszer volt felírható a betegek számára, ám azokat pénzügyi korlátok nélkül rendelhette el a kezelőorvos. Az új rendszerben történt váltás nyomán a korábbi térítésmentességet egyénre szabott, korlátozott összegű hozzájárulás, az úgynevezett gyógyszerkeret váltotta fel. Eszerint a maximálisan adható támogatás összege krónikus betegségre havi 12 ezer forint, eseti betegségekre évi 6 ezer forint (azaz évente legfeljebb 150 ezer forint) 2006. július 1. óta a parlament az évi költségvetés megalkotásakor ezt az összeget módosíthatja.

Sokba került a vitaminok támogatása

Az új rendszer mind pénzügyileg, mind mennyiségileg korlátozza a felírható gyógyszereket/szolgáltatásokat, továbbá a közgyógyellátás eltérő jogcímein más-más gyógyító ellátási költséget kell igazolni ahhoz, hogy az igénylő közgyógyellátási igazolványhoz jusson. Újdonság, hogy alanyi jogcímen 0 Ft-os gyógyszerköltséggel is lehet igazolványhoz jutni, ebben az esetben viszont az ellátott nem rendelkezik havi gyógyszerkerettel. Míg a régi közgyógyellátási rendszerben a költségvetési támogatási rész (az elvi térítési díj) megközelítőleg fejenként havi 3,5 ezer forint volt, amely az új rendszerben megduplázódott (7 ezer forintra). 2007. január 1-jétől a havi 12 ezer forintos keretet a támogatáskiáramlás szűkítése céljából (a szociális törvény módosításával), a háziorvosi és a szakorvosi 6-6 ezer forintos keretre osztotta a jogalkotó. E korlátozó intézkedés hatására 2007 I. félévében a havi keret 6 ezer forintra, majd II. félévében havi 5 ezer Ft-ra változott az egy főre jutó átlagos havi keretösszeg, amely 2008-ban is ezen a szinten maradt. A megállapított keretnek, a jogszabály szerint, az igénylő tartós betegségeinek kezeléséhez szükséges, rendszeres gyógyszerszükségletén kell alapulnia, ezért az igénylőlapon megnevezik (BNO) a betegségeket. Az igazoláson szerepelhetnek a nem tartós betegségekhez szükséges készítmények is, amelyek ára szintén szerepet játszik a gyógyszerkeret kialakításában. A MEP-eknek kiadott eljárásrend értelmében a gyógyító ellátások elismert költségeinek meghatározása során a szakhatóság nem bírálja felül a háziorvos gyógyszerelését, azaz nem gyakorol szakmai kontrollt, ezért tevékenysége nem ad szakmai hozzáadott értéket a beteg terápiájának megállapításához, és a szociális törvény céljainak a megvalósításához. A MEP a gyógyító

ellátások elismert költségeinek meghatározása során nem rendszerszerűen, folyamatba építetten ellenőrzi az igénylő betegségét. Alanyi jogcímen elegendő 1000 forintot igazolni, normatív támogatás esetében 2850 forintot, méltányos ellátásnál pedig, a helyi szabályozástól függően 0–7125 forintos keret között mozog a jogszabályi határ. Az OEP Gyógyszerügyi főosztályának jelentése szerint a szakmai érvek az egészségügyi rászorultságnak más arányú megosztását támasztaná alá. „A kevésbé szükséges gyógyszerekre 4 ezer forintos limitet, az életfontosságú készítményekre 8 ezer forintos keretet javaslunk" – áll az OEP szakembereinek indítványában.

Értékcsökkentő keretvágások

Az ÁSZ-vizsgálatot végzők szerint a közgyógykeret megállapítása a háziorvosi igazoláson feltüntetett gyógyszerekből indul ki, ennek ellenére az engedélyezési eljárás folyamán több értékcsökkentő, keretlevágási mechanizmust is alkalmaznak, amelyek bonyolulttá, és mind a beteg, mind háziorvosa számára kiszámíthatatlanná teszik az eljárás kimenetelét és a leendő támogatást. Tisztánlátásukat nehezítik többek között az ellátást beárazó programok, a gazdaságos gyógyszerrendelést elősegítő vényíró program, amely nem a közgyógyprogrammal azonos elvek alapján működik. Nehézségeket okoz továbbá, hogy nincs egységesen, jogszabályban rögzítve a keretszámítás összes részlete sem. Például számos készítményt felírhat mind a háziorvos, mind a szakorvos, ám ezek támogatási kategóriába sorolása országosan nem egységes. Ennek következménye, hogy az elbírálásnál, egyes betegségeknél a biztosító finanszírozási elveivel és a beteg saját érdekeivel ellentmondó eredmény születik. A „keretlevágások" hátrányosan érintik a valóban súlyos és drágán kezelhető betegségben szenvedőket, mert a rendszer velük szemben előnyökhöz juttatja az olcsóbban kezelhető eseteket. A keretlevágások miatt korlátozottan érvényesül a rendszer egészségügyi szempontú célzottsága. További probléma, hogy nem azonos elven működik a KÖZGYÓGY2005, és az általános gyógyszertámogatási program. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy utóbbi vagy felül- vagy alulárazza a beteg által szedett készítményeket. A jelentés azt is kifogásolja, hogy a szociális keret által támogatott közgyógyellátás terhére olyan készítmények (pl. vitaminok) is ingyenesen felírhatók, amelyeket az OEP egyáltalán nem támogat. Megállapításuk szerint a források hatékony felhasználásának alapelvei azt tennék indokolttá, hogy azokhoz a gyógyszerekhez, amelyekhez az OEP egyetlen forint támogatást sem ad, a szociális forrásokat felhasználó közgyógyellátásban se lehessenek ingyenesek. Ezzel jelentős megtakarítás volna elérhető, hiszen például csupán 2008. I. félévében, a központi költségvetésből ilyen címen 2,7 milliárd forint áramlott ki. Éves szinten átlagosan az összes közgyógy költségvetési támogatás egynegyede ezeknek a készítményeknek a támogatására megy el. Általános tapasztalat, hogy a betegek egyéni gyógyszerkeretéből rendszeresen megmarad, mert a páciensek közül sokan a számukra jóváhagyott gyógyszerkeretnél kisebb összeget használnak fel, kevesebb értékű gyógyszert váltanak ki. 2008. I. félévében az akkor lejárt, közel 208 ezer igazolvány teljes keretéből például 5,3 milliárd forint (a teljes támogatási összeg mintegy 33 százaléka) ily módon maradt meg. Ez a tény azt a feltételezést igazolja, hogy a gyógyszerkeretben megállapított és a ténylegesen kiváltott gyógyszermennyiség között jelentős az eltérés. Bizonyos készítményeknél a valóságban kiváltott gyógyszerekhez képest a keret megállapításakor 2-3-szor nagyobb mennyiséget feltételeztek.

Folyamatosan dráguló segédeszközök

A valóban szükséges gyógyszermennyiség túlbecsülésével egy időben a gyógyászati segédeszközöknél jelentős mértékű (30 százalékos) szűkítés történt. Számokra lefordítva ez azt jelenti, hogy 2005-ben a központi költségvetésben még 11,4 milliárd forint állt rendelkezésre a közgyógyellátás keretében vásárolható segédeszközök támogatására, 2008-ban viszont már csupán 6,6 milliárd forint. A tényleges fogyasztói ár és a finanszírozott közgyógyár közötti különbséget a betegek fizették ki. A régi rendszerben (2005–2006. I. félévében) a közgyógyellátás még a teljes fogyasztói árat térítette meg, azóta viszont a segédeszköz-ellátásban és a gyógyfürdő szolgáltatásoknál megszűnt az „ingyenesség". A betegek 2006. II. félévében már 104,3 milliárd forintot, majd 2007-ben 140,8 milliárdot fizettek ki ezekre a szolgáltatásokra. 2007 márciusára megszületett az a kormány- és tárcaszintű szabályzórendszer, amely a gyógyszer-gazdaságossági törvényhez harmonizáltak. Az annak keretében alkalmazott árlicit nem ösztönöz az árversenyre. Sőt, az új módszer inkább korlátozza a valódi árversenyt azáltal, hogy a forgalmazói árajánlat nyilvánosságra hozatala után, az ajánlott árakhoz való legális igazodási lehetőséget teremt. Problémát jelent az is, hogy az OEP vényelszámolásokra alkalmazott BÉVER-rendszere nem ellenőrzi a termékek kihordási időkorláton belüli újra felírását. Bár a rendszert felkészítették ennek a feladatnak az elvégzésére is, azonban ezt a funkcióját nem használják. A segédeszközök közgyógyellátásában finanszírozási kockázatot jelent az a tény, hogy nemcsak a gyártók és a forgalmazók, de a betegek is abban érdekeltek, hogy az eredetileg megállapított időhöz képest sokkal gyakrabban cseréljék az eszközeiket. Az eszközök OEP-befogadási rendszere a minél olcsóbb (tehát általában gyengébb minőségű) termékek támogatására ösztönöz. A kihordási idő figyelemmel kísérésének elmaradása miatt a finanszírozó nehezen vagy egyáltalán nem tudja reálisan felbecsülni az olcsóbb (így általában kevésbé tartós) eszközök felhasználási alkalmasságát. Mind az OEP, mind a MEP-ek a korlátozott ellenőri kapacitásokra hivatkozva csak ritkán és korlátozottan kontrollálják a rövidebb élettartamú, illetve egyszer használatos eszközök (pl. kötszerek, inkontinencia eszközök stb.) betegenkénti felhasználását.

Javaslatok a kormánynak a szaktárcának

Összességében megállapítható, hogy a közgyógyellátás rendszere az átalakítással létrehozott egyénre szabott gyógyszerkerettel célzottabbá vált, de a hozzájutás feltételei nem egyenlítődtek ki, és a rászorultsági elv teljesítése is hektikusan érvényesül. Különböző okok miatt az azonos gyógyszeres terápiának nem mindig volt azonos nagyságú gyógyszerkeret a hozadéka. Többek között ezért sem érvényesült mindig és minden betegnél az azonos rászorultsági elvek alapján történő elbírálás. Az ellátásban részt vevő szereplők számára a gyógyszerkeret megállapítása és a kártyához jutás feltételei esetlegesek és átláthatatlanok. Az említettek miatt az átalakításkor megfogalmazott döntéshozói célok csak részben teljesültek. Pozitív változás például, hogy bővült a betegek számára elérhető gyógyszerek köre, továbbá, hogy az indokolatlan gyógyszerfelhalmozás megszüntetésére egyéni keretet vezettek be. A rendszer gazdaságosabb és pontosabb működtetése szempontjából az is hasznosnak bizonyult, hogy megvalósult az egyéni gyógyszerkeret nyilvántartása és annak, illetve a jogosultságoknak a folyamatos ellenőrzése. Negatívumként értékelhető, hogy nem valósult meg a be-

tegek gyógyszeres terápiájának betegség alapú biztosítói kontrollja, és az, hogy a kitűzött célok ellenére gyengén érvényesül a betegek rászorultságának a kiegyenlítődése. Bár az új szabályozásnak köszönhetően az E-Alap és a központi költségvetés anyagi terhei valamelyest mérséklődtek és a meghatározott keretek között tarthatók, a települési önkormányzatok kevésbé képesek arra, hogy előre tervezzenek a méltányossági közgyógy-igazolvánnyal rendelkezők után befizetendő összeggel. Az új rendszer kifejezett hátránya, hogy a sokszereplős OEP adminisztrációs mechanizmus működési költsége a tízszerese a korábbinak.

Mindezen szempontokat mérlegelve az ÁSZ szakemberei megállapítják: az új közgyógyellátási rendszer bonyolultan, drágán és hosszú átfutási idővel működik, ráadásul a betegek szociális rászorultságának mérlegelése nem egységes kritériumok alapján kerül megállapításra. A támogatások keretében kiadott gyógyszerek, segédeszközök és rehabilitációs szolgáltatások felhasználásának ellenőrzése gyenge, és átláthatatlan a rendszer működése. Éppen ezért a vizsgálatot végzők a következőket javasolják: az eddigi tapasztalatok ismeretében a kormány tekintse át, miként lehetne a tényleges rászorultsághoz igazítani az ellátás mértékét, továbbá egységesebbé tenni a szempontrendszert. Ezen túl kezdeményezze az adatvédelmi és a szociális törvény érvényes szabályzó előírásainak a felülvizsgálatát, és ha szükségesnek tartja, azok módosítását. Mégpedig úgy, hogy a módosítás által az engedélyezési és egyéb eljárások összehangoltabbak, egyszerűbbek legyenek, és a működési költségek is csökkenjenek. Ezeken kívül vizsgálja felül és módosítsa a kormány az eljárási rendet oly módon, hogy mind a tényadatok, mind a gyógyszertámogatási elv figyelembe vehető legyen, és azok alapján határozza meg az ellátáshoz jutás feltételrendszerét. Az egészségügyi tárca vezetője vizsgálja meg, hogy (az indikációhoz kötött gyógyszerek kivételével) megszüntethető-e a nulla százalékban támogatott gyógyszerek közgyógyellátási keretből való kiemelése. Tegye hatékonyabbá a biztosító szakmai kontrollját a közgyógyellátásra kapható gyógyszerek/segédeszközök felírásának és felhasználásának területén.