

# A gyógyszerrendelés újabb szabályainak gyakorlati értelmezése

## Tapasztalatok, problémák a gasztroenterológia területéről

Dobos Éva, Nemesánszky Elemér

**A** biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló, 2006. évi XCVIII. törvény (továbbiakban gyógyszer-gazdaságossági törvény) megjelenése, majd 2007. január 1-jétől történő hatályba lépése utáni kezdeti időszakban a szolgáltatók és az orvosok még csak ismerkedtek az új szabályokkal. A kísérő rendeletek folyamatosan jelentek meg, illetve többször módosultak; így az első negyedév végére körvonalazódott a gyógyszerellátás azon szabályozásainak köre, amelyek közvetlenül az orvosokat, illetve szolgáltatókat érintik (1):

– Szaporodott az emelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriák (Eü50, Eü70, Eü90) száma és módosult a rendelkezés (32/2004. ESZCSM rendelet; [www.oep.hu](http://www.oep.hu)). Ezeknek a szabályoknak az ellenőrzése 2007 első negyedévében már meg is kezdődött, kevés vizsgálat zárult le büntetés nélkül.

– Gyógyszerrendelést – mind járóbeteg-, mind fekvőbeteg-ellátás esetén – minősített számítógépes programmal segített módon kell végezni. A nagy informatikai szolgáltatók már a próbaverziókat működtetik, bár a minősítést szabályozó rendelet még a mai napig sem jelent meg.

– Jelentősen bővült a vényírás során kötelezően elvégzendő dokumentáció.

– Átalakult a közgyógyellátás rendszere.

– A költséghatékony gyógyszerfelírást támogató program ajánlatot tesz „az E. Alap, illetve a beteg számára legalacsonyabb anyagi terhet jelentő gyógyszerre és segédeszközre” (gyógyszer-gazdaságossági törvény 45. § 1.), amelytől az orvos eltérhet – a beteget tájékoztatva, a választást dokumentálva – „a beteg vagy a betegség sajátosságaira, illetve az ellátás helyszínére tekintettel”. A jogszabály nem rendelkezik arról, hogy csak a beteg kérése esetén hogyan térhet el az orvos az ajánlattól!

– A gyógyszerterörzs, amely alapját képezi a program működésének, sokszor egy hónapon belül is változik (így volt ez például 2007 júliusában).

– A betegek nyilatkozatával összekötött dokumentáció:

a) a beteg nyilatkozik arról, hogy a kezelőorvoson kívül más orvos a betegségével összefüggésben 30 napon belül milyen (tb-támogatott) gyógyszert, milyen

mennyiségben rendelt (egészségbiztosítási törvény 1997. évi LXXXIII. törvény, továbbiakban EB-törvény, 29. §);

b) fenti nyilatkozattal együtt a beteg igazolja, hogy megkapta a gyógyszeres kezelés alternatíváival és költségeivel kapcsolatos tájékoztatást (gyógyszer-gazdaságossági törvény 44. §);

c) ha az orvos a helyettesíthetőséget a recepten letiltja, azt a beteggel meg kell beszélnie; ennek megtörténte csak akkor igazolható, ha a beteg a dokumentációt aláírja;

d) ha az orvos a beteg kérésére tér el a programajánlattól, azt is pontosan regisztrálni kell, és a beteggel is alá kell íratni.

– „Amennyiben ellenőrzés során megállapítást nyer, hogy az orvos jogosulatlanul, illetve jogszabálysértően rendel gyógyszert”, 2007. március 15-től az érintett társadalombiztosítási (továbbiakban tb-) támogatás megtérítését vonja maga után (17/2007 Kr. 7. §). Az ellenőrzés szempontjait szintén ez a kormányrendelet részletezi.

A költséghatékony gyógyszerrendelés monitorozására használt mutató adott szint feletti értéke esetén 2008. január 1-jét követően (a 2007. októbertől felírt receptek alapján) visszavonják az érintett szolgáltatótól teljes finanszírozásának maximum 10%-át (17/2007 Kr. 6. §).

Az elektronikus és papíralapú sajtóban folyamatos pengévtetés zajlik a szolgáltatók és a jogalkotók/jogalkalmazók között, amely az egyéni gyógyszerrendelési kimutatók kézhezvételét követően még kifejezettebbé vált.

Az alábbiakban olyan, a rendszer validitását és elfogadhatóságát megkérdőjelező problémákra gyűjtötünk össze tényeket, amelyek megoldása nélkül nem valósulhatnak meg a gyógyszer-gazdaságossági törvény célkitűzései.

## Problémák és ellentmondások

*Hibák az emelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriák szabályozásában*

A 32/2004-es ESZCSM rendeletben több hiba és pontatlanság található, ezekre sajnos több példát is látunk a gasztroenterológia területén. Megjegyzendő, hogy e

dr. Dobos Éva, a Háziórvostani Szakmai Kollégium tagja (levelező szerző): Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Finanszírozási Osztály; 6720 Szeged, Tisza L. krt. 107. E-mail: [dobos.eva@gi.szote.u-szeged.hu](mailto:dobos.eva@gi.szote.u-szeged.hu)  
dr. Nemesánszky Elemér, a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium tagja, Szent János Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest

hibákat a Magyar Gasztroenterológiai Társaság és a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium többször jelezte a jogalkotónak, korrekciót azonban – az ígéretek ellenére – még a 2007. július 25-én megjelent 38/2007. EüM rendeletben sem észleltünk!

– Van olyan BNO-kód az indikációs körben, amely sem a BNO-X könyvben, sem az informatikai BNO-törzsben nem létezik (például Eü 90%-os körben a 9/a. szövődmiényes GERD egyik megjelenési formájaként a Barrett-oesophagusra megadott kód: K22.7).

– A fenti indikációs körben – az említett problémán felül – a szövődmiényes diagnózisok pontos meghatározására a BNO-kódok bővítése és pontosítása is indokolt:

- K2100 Gastrooesophagealis reflux egyszerű oesophagitissal
- K2101 Gastrooesophagealis reflux erozív oesophagitissal
- K2102 Gastrooesophagealis reflux Barret-oesophagussal
- K2103 Gastrooesophagealis reflux stricturával, vérzéssel, perforációval
- K2104 Gastrooesophagealis reflux, extraoesophagealis tünetekkel (mellkasi fájdalom, légúti szövődmiények)
- K2190 Gastrooesophagealis reflux szövődmiény nélkül

– Egyes esetekben olyan BNO-kód jelöli az indikációt, amely a betegség bizonyos formáit kizárja, csak egy adott kód alkalmazhatóságát engedi. Az intézményi szolgáltatók a receptet a betegdokumentáció számítógépes programjából írják meg, amely automatikusan választja a fődiagnózisként bekódolt BNO-t. Ezt a problémát is többször jelezte a gasztroenterológiai kollégium. Például a Crohn-betegség (K50.9) esetében előfordul olyan fekvőbeteg-ellátási esemény, amikor csak a speciális, alkódosított BNO-kód (K5001-K5082) valamelyike használható, tehát adott esetben ez kerül majd a vényre is.

A fenti anomáliák is hozzájárultak ahhoz, hogy a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium indokoltnak látta a protonpumpagátló gyógyszerek felírhatóságát segítő véleményének publikálását [LAM 2007;17(4-5):331.]. Furcsa paradoxon, hogy az Egészségügyi Közlönyben folyamatosan megújuló jogszabályok nem harmonizálnak ezzel. Jelen helyzetben az orvosok képtelenek követni az állandóan változó és szakmai hibákkal megjelenő jogszabályokat.

– Az indikációs körök szabályozása nem veszi figyelembe az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokolljaként 2006-ban megjelent kezelési protokollok tartalmát sem (például: az NSAID-gastropathia megelőzésének gyógyszeres terápiájára való jogosultság!). Ezek egyike a Háziorvostani Szakmai Kollégium által készített és a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium által is elfogadott *Háziorvosi Hatásköri Lista* [Egészségügyi Közlöny 2006;5(2)].

#### *Költséghatékonyság vagy költségminimalizálás?*

A gyógyszerrendelés-monitorozási jogszabályokban és azok kommunikációjában során megfogalmazott alapel-

vekkkel nincs összhangban a megvalósítás. A gyógyszer-gazdaságossági törvény bevezetőjében a kitűzött célok: a „*hatékonyságot megvalósító állami szabályozás*”, illetve a „*társadalombiztosítási és egyéni kiadások gazdaságilag is hatékony felhasználása*”. A törvény megvalósítását leíró 17/2007. kormányrendelet egyrészt „*a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés*”-t kívánja ösztönözni, de amikor ennek konkrét meghatározására tér rá, a „*megtakarító gyógyszerrendelési gyakorlat*”-ot preferálja. A gyógyszeres terápia megválasztásának alapjaként a legkisebb költségű gyógyszer kiválasztásának jogszabályi elvárása csupán költségminimalizációs, és nem költség-hatékonysági technika.

#### *Nem megfelelő a költséghatékonny gyógyszerrendelést támogató számítógépes program*

Letölthető programként 2007. július 26-án a 2007. április 13-i verzió érhető el – miközben a gyógyszertervezés utolsó verziója 2007. július 20-án került fel a honlapra.

Az Egészségügyi Minisztérium honlapjáról letölthető, „*Az egészségügyi miniszter.../2007. (... ..) EüM rendelete a gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól*” (www.eum.hu), 2007. július 5-i dátumú tervezet leírása szerint „*2008. január 1. után kizárólag e rendelet rendelkezései alapján minősített szoftvert lehet alkalmazni a gyógyszerrendeléshez (7. § 3.)*”. A gyógyszerrendelés monitorozásának éles üzeme (azaz, amikortól beindul a felírt receptek alapján a szankcionálás folyamata) 2007. októberben kezdődik. Ez azt jelenti, hogy a nem „megtakarító gyógyszerrendelés” szankcionálása három hónapon keresztül olyan vények alapján fog történni, amelyeket az orvosok „nem minősített” számítógépes program segítségével írtak fel.

#### *A gyógyszerrendelés-monitorozási technika egyértelmű és feltételezett problémái*

– A gyógyszer-gazdaságossági törvény (46. § 2.) szerint „*a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés értékelése az ATC-kódokon belül rendelt gyógyszerek ... figyelembevételével történik.*” A költséghatékonny gyógyszerrendelést támogató program is ennek megfelelően ajánlja fel a választhatóságot. Ugyanakkor a 17/2007 Kr. szerint: „*Az OEP terápiás gyógyszer csoportonként vizsgálja az orvos minőségi és hatékony gyógyszerrendelési mutatóját*”, tehát – hibásan – nem a törvényben meghatározott ATC-kódra, hanem az ATC-alcsoportra vonatkozóan (a kódrendszer 4. szintjén) végzi a monitorozást (2).

Az ATC-csoportonkénti követés miatt például a gasztroenterológia területén az A02BC hatástani ATC-alcsoporton belüli választásra kényszerül az orvos olyan hatóanyagok között, amelyeknek bizonyos diagnózisok esetén kimutatható, hatékonyságbeli különbségét multicentrikus tanulmányok vizsgálták és döntöttek el (3). A tb-támogatásba való befogadásnál érvényesítették is ezt az evidenciát, ugyanakkor a monitorozási rendszerben a hatékonyabb hatóanyag a „legrosszabb költséghatékonyságú” besorolást kapta, ráadásul 90%-os kiemelt, indikációhoz kötött kategóriában. 2007. július 1-je utáni alkalmazással a pantoprazol egy generikus

készítménye is felkerült a „publikus gyógyszer-törzsbe” (nota bene az alkalmazási előirat az OGYI honlapján még 2007. augusztus 1-én sem érhető el), azonban anélkül, hogy megkapta volna a napi terápiás költség értéke alapján feltételezhető „költséghatékonysági besorolását”. Ha a követés a gyógyszer-gazdaságossági törvény által is megfogalmazott ATC-kódon a (kódszámrendszer 5., vagyis a hatóanyag szintjén) belül történe, akkor nem kerülne a gastroenterológus szakorvosok – és más szakmák orvosai sem – a betegellátás szakmai szabályaival ellentétes döntési helyzetbe.

– A fenti anomália és egy egyszerű statisztikai hiba együttesen okozhatta például egy intézmény 34,5%-os BSúly-értékét (egy hónapra 60 millió Ft finanszírozási visszavonás lehetősége!): az onkológusok által speciális indikációval alkalmazott, 4 DOT mennyiségű biszfoszfonát rendelésével 3500%-os (nem tévedés, háromezer ötszáz százalékos) egyéni BSúly-érték mint felső érték és a negatív BSúly-érték esetén nulla értékkel figyelembe vett orvosok mint alsó érték közötti „számtani átlag”-gal képzett intézményi mutatót számítottak ki.

– A leíró statisztika nem ajánlja az eloszlás elhelyezkedésének vizsgálatára a számtani átlagot abban az esetben, ha az értékek között kiugró tétel is található, ilyenkor a medián informatív. Fenti példában a szolgáltató által alkalmazott orvosok egyéni BSúly-értékének mediánja az átlag 34,5%-os értéke helyett mindössze 8,2% lett volna.

– A példaként említett intézmény esetében azonban érdekes módon nem csökkentené lényegesen a finanszírozási visszavonást az átlag helyett a medián használata (habár a százalékos érték negyedére csökkent), mivel a 17/2007 Kr. 6 § táblázatában feltüntetett, a szankcionálást meghatározó szolgáltatói BSúly-érték intervallumokból kimaradt két lépcsőfok [5–8%-os BSúlyhoz 2% visszavonás, míg 8–30(!)% között 5% visszavonás várható].

– A viszonyszám-alapú indikátorok (mint a BSúly értéke is a gyógyszerrendelés monitorozásában) kidolgozásakor alapvető metodikai szempont, hogy a viszonyítási alap (azaz a nevező), amihez hasonlítjuk az indikátor tárgyát (azaz a számlálót), megfelelően homogén legyen; a nevező minél több befolyásoló tényező mentén feleljen meg a számlálónak, az indikátor azt az egy szempontot értékelje, amit a mutatóval mérni kívánunk. Egyszerűbben – a népnyelv szerint – nem hasonlítható össze az alma a körtével! A gyógyszer-gazdaságossági törvény előkészítő fázisában meg is fogalmazták az összehasonlítás homogenitásának fontosságát (4), azonban a gyógyszerrendelés monitorozásának jelenlegi formájában nem érvényesítették.

– A csoport, amelynek a „terápiás szokásai” által meghatározott tb-támogatási felhasználásához hasonlítják az adott orvos tb-támogatási felhasználását (5), olyannyira nem homogén, hogy „valamennyi orvos” (17/2007 Kr. 2. §) által felírt és kiváltott receptek alapján képezik a viszonyítási alapként használt országos átlagot. Jelenleg egy orvos pro familia felírt receptjei (még ha adott időpontban nincs is aktív állományban, például gyermekgondozási szabadság miatt) ugyanúgy

az őt alkalmazó szolgáltató intézményi BSúly-értékét „terhelik”, mint azé, aki aktuálisan rendszeresen gyógyszer rendel. Mi több, a „valamennyi orvos”-ban benne foglaltatik az orvosok magánrendelés keretében felírt receptjeinek tb-támogatási értéke is. Ez is terheli az alapfoglalkoztató szolgáltatót. Nem szükséges tovább részletezni, hogy ez elfogadhatatlan.

– Ha leválasztották volna a különböző jogviszonyban felírt és kiváltott recepteket, a következő csoportképző szempont az ellátási típusok, azaz házi orvos/szakellátás szétválasztása következett volna. Például a gastroenterológia területén monitorozott két fő ATC-csoportban számos olyan gyógyszer van, amelyeket a házi orvosok önálló betegellátási tevékenységük keretében, normatív támogatással is rendelnek, ezzel „hígítva” a csoport átlagát. Ugyanakkor ezeket a szereket szakorvosi indikációval, emelt/kiemelt támogatási körben felírva, magasabb tb-támogatást használ fel a gastroenterológus szakorvos (nyilvánvalóan a progresszív ellátás szakmai színvonala, illetve hatékonysága is magasabb).

#### *Esélyegyenlőtlenség a házi orvos és szolgáltató intézményben alkalmazott orvosok között*

– A nem „megtakarító gyógyszerrendelés” esetén érvényesített finanszírozási visszatérítés a házi orvosok számára egyértelműen diszkriminatív a (köz)alkalmazott orvosokhoz képest. A házi orvos az OEP-finanszírozásból fizet minden, a praxis működése során felmerülő kiadást (még az iparűzési adót is). Mivel ezek olyan jellegűek, amelyek nem halaszthatóak, például 90 napos határidőre, a praxis működtetése nem tervezhető negatív szaldóval, mint ahogyan az ma megfigyelhető számos egészségügyi nagy szolgáltató esetében. Ha nincs pénz, nincs bérkifizetés – ez az egyetlen költség, amit a házi orvos jelenleg vissza tud tartani, többnyire a saját fizetése esetében. A bérhez kapcsolódó közterheket viszont ki kell fizetnie, mert annak hiányában például megszűnik a személyes betegbiztosítása. A magas BSúlyt elérő közalkalmazott orvos fizetését viszont nem tarthatja vissza a szolgáltató intézmény. Fegyelmi eljáráson kívül más szankcionáló eszközrendszer nincs a kezében, ez is csak abban az esetben, ha azt a szervezeti és működési szabályzatban, illetve a kollektív szerződésben szabályozzák.

– A fentieket súlyosbítja, hogy a progresszív betegellátás elveinek megfelelően a házi orvos általában a szakorvos által javasolt terápiát folytatja. Sem a szakmai szabályok, sem a beteg nem tolerálják, ha egy beállított, eredményes kezelést két-három havonta változtatnak. Különösen nem, ha ez ráadásul még hatóanyagmódosítást is jelentene, mert a követés ATC-alcsoportonként történik, s a beteg a magasabb napi terápiás költségű hatóanyaggal, például innovatív gyógyszerrel beállított terápiával van egyensúlyban.

#### *A monitorozás rendszere nem respektálja a beteg kérését*

– A gyógyszerrendelés szabálya nem fogalmazza meg a programjánlattól kizárólag a beteg kérésére való eltérés lehetőségét, és ezt a monitorozás technikája

sem veszi figyelembe. „Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. ... Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére” részleges térítési díj megfizetése esetén „térhet el a finanszírozási eljárási rendben, illetve a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól” (EB-törvény 19. § 1.). Jelenleg finanszírozási eljárási rendek még nincsenek, az Egészségügyi Közlönyben (2005 és 2006-ban megjelent) szakmai protokollok (6) pedig sok esetben nem határozzák meg egyértelműen a terápiás döntéseket és azok költségvonzataira sem térnek ki.

A 2006 decemberében megjelent, a finanszírozási eljárásrendek elkészítésére vonatkozó 47/2006. EüM rendelet. „Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ... főigazgatója a tárgyévvel megelőző évben megjelent ... szakmai protokollok közül kiválasztja, hogy az adott évben mely protokollokhoz szükséges finanszírozási eljárásrend megalkotása” (3. § 1.). Tehát, amit a protokollokban megfogalmaztak, az képezne a finanszírozási eljárásrendek szakmai alapját.

– A jelenleg hatályos rendelkezés szerint a szolgáltatók a dokumentációban rögzítik és aláírattatják a beteggel a programajánlattól eltérő kérését.

– Ha azonban egy orvos – a beteg kérésének eleget téve – úgy tér el a gyógyszerrendelés monitorozásának alapjául szolgáló alapelvektől, hogy ezzel az országosan jellemző terápiás átlagnál magasabb tb-támogatást vesz igénybe, döntése az orvost alkalmazó szolgáltatótól a finanszírozás egy részének visszavonását jelentheti.

*A szakmai protokollok jelen formájukban nem támogatják megfelelően a terápiás döntéseket*

– 2005-től több lépcsőben 261 szakmai protokoll jelent meg az Egészségügyi Minisztérium jogosítványá-

val. A szakmák képviselői megkapták a megfelelő instrukciókat, hogyan kell elkészíteni egy ilyen protokollt (23/2006. EüM rendelet, 2006. május), azonban arra vonatkozóan nem kaptak tájékoztatást, hogy a protokollokban leírtaknak milyen szempontból lehet jelentősége a jövőben.

A gyógyszerrendelés monitorozásakor egy adott orvos által felhasznált tb-támogatást az országos átlaghoz viszonyítják. Az országos átlag – ha a korábban bemutatott metodikai hibák megszűnnek –, az országosan jellemző terápiás szokásokat fogja tükrözni, optimálisan az adott témában megjelent szakmai protokollokban leírtak szerint.

Mindezek alapján valamennyi szakterület esetében célszerű lenne a jelenleg érvényesnek tartott szakmai protokollokat olyan szempontból átdolgozni, hogy a lehetőségekhez mérten megfelelően konkrét, bizonyítékokon alapuló információkat hordozzanak, és alkalmasak legyenek a finanszírozhatóságot is figyelembe vevő döntések támogatására.

## Összegzés

A költséghatékony gyógyszerellátás elfogadható rendszerének kialakításához mind a jogalkotónak, mind a szakmáknak még nagyon sok tennivalója lenne. A jogalkotónak alapvető feladata, hogy vegye figyelembe „az egészségügyi, ... miniszter ... legmagasabb szintű javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testülete”-inek véleményeit, javaslatát (20/2004 ESZCSM rendelet a szakmai kollégiumokról). A közelmúlt keserű tapasztalatai, a hibákkal teli újabb és újabb rendeletek bizonyították, hogy „egyedül nem megy...”. Konszenzust és nem konfrontációt keresve kellene a jövőben együtt munkálkodni betegeink érdekében. Írásunkkal ezt a célt kívánjuk szolgálni.

## JEGYZETEK

1. A cikk leadásának időpontjában (2007. augusztus 1.) a törvényben megfogalmazott egyes elvárásokkal kapcsolatban még nem jelent meg a megvalósítást szabályozó rendelet (mint például a használandó számítógépes program minősítésének szabályai még csak tervezetben olvashatók), valamint a 2007. április, május havi felírásokat tartalmazó tájékoztató jellegű orvosi gyógyszerrendelési monitorozás eredményei és a reakciók alapján az OEP tervezi a törvényt kísérő egyik legfontosabb rendelet módosítását [17/2007 (II. 13.) kormányrendelet a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről – továbbiakban a kormányrendelet].
2. A monitorozás mutatója az úgynevezett BSúly-érték, ezt a 17/2007 Kr. határozza meg.
3. Schep W, Classen M. Pantoprazol and ranitidine in the treatment of acute duodenal ulcer, A multicentre study. *Scand J Gastroenterol* 1995;30(6):511-4.
4. Az egészségügyi miniszter (2005. decemberi) előterjesztése a kormány részére a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről (www.eum.hu) / 4.4. Az orvosok értékelése. Az egyes orvosok értékelése, az indikátorok kiszámítása érdekeltégi kategóriánként történik. A kategóriák kialakítása azért szükséges, hogy a gyógyszerfelírást végző orvosok egy homogén csoport tagjaként legyenek értékelve. Nem szerencsés ugyanis egy urológus és egy gyermekházi orvos gyógyszerrendelési szokását összehasonlítani az

általuk rendelt gyógyszerek alapján származtatott indikátorokkal. A két orvos vélhetően nem ugyanabból a gyógyszerkörből dolgozik, nem ugyanaz a lehetőségük arra sem, hogy a beteg pénztárcája számára a legkedvezőbb készítményt választhassák. Az érdekeltégi kategóriákat az alábbiak szerint képzik: első lépésben különválnak a házi orvosok és a szakellátásban dolgozó orvosok értékelése. A házi orvosoknál elkülönül a felnőtt, vegyes praxisú és a gyermekorvosok csoportja; a szakorvosoknál a progresszivitási szint, az ellátási forma és a szakmacsoport szerint történik a csoportképzés. A gyógyszerrendelést végző orvosokat besorolják a definiált érdekeltégi kategóriákba. Egy orvost annyiszor értékelnek, ahány kategóriába esik, illetve ahány szolgáltatótól vényírási jogosultságot kapott. További csoportképző dimenzió a gyógyszerrendelés jogcíme, mivel az egyes jogcímenek rendelhető gyógyszerkör meglehetősen eltér egymástól, illetve más a támogatási vonzata.

5. A 17/2007 Kr. szerint alkalmazott monitorozás alapja adott ATC-csoportban kiváltott receptekkel igénybe vett tb-támogatás forintban mért értéke osztva a DOT-ban mért összmennyiséggel, tehát az 1 DOT-ra igénybe vett tb-támogatást hasonlítják az ország valamennyi orvosa által abban az ATC-csoportban (és nem csak egy hatóanyagra!!) elért tb-támogatás/1 DOT-értékhez.
6. Egészségügyi Közlöny 2005. IV. évf. 12. sz. II. kötet; 2006. VI. évf. 5. sz. II. kötet.