

## Kártya és kártyatartó

Dr. Weltner János, Semmelweis Egyetem

**Az egészségügyi ellátás során szükség van egy olyan szemmel és elektronikusan is olvasható adathordozóra, mely a lakost a szolgáltatók és esetleg a biztosító felé egyértelműen azonosítja, és egyúttal lehetővé teszi a társadalombiztosítási ellátásokra való jogosultság terjedelmének, illetve mértékének megállapítását. Ugyanezen kártya „kulcs” lehet több más biztosító teherviselési hajlandóságának egyidejű azonosítására is. A széles körben ismertté vált TAJ azonosító – a hajdani személyi szám egyik örököséként – a lakost az egészségügy egész területén azonosítja akkor is, ha egy-egy biztosító vagy egészségpénztár (majdan) egy, esetleg több további azonosítót is alkalmaz.**

**A cikk az ilyen jellegű kapcsolatok néhány kérdését veti fel, megemlítve egy európai egészségügyi személyazonosító szükségességét is.**

Az egészségbiztosítással, egészségüggyel kapcsolatos elektronikus kártyákkal, a kártyákkal elérhető rendszerekkel kapcsolatban igen érdekes ismertető cikket olvashattunk Király Gyula tollából. A cikkben igen szakszerűen számol be a kérdés európai állásáról. Ezekhez fűznék néhány észrevételt.

### KÖZEGÉSZSÉGÜGY VAGY EGYÉNI EGÉSZSÉGÜGY?

Az egészségügyi szolgáltatások költsége az EU gazdaságok költséghatékonyságának, költségérzékenységének és ezzel fejlődésének fontos eleme. Hasonlóan fontos, vagy még fontosabb szempont az unió rendelkezésére álló emberanyag egészségi állapotának jósága, az egészségben megélt / ledolgozott életevek száma, a munkaerő képzésére fordított társadalmi források megtérülésének sikere vagy kudarca, ami sokban függ az egészségügy működésétől.

Az egészségügyre fordított kiadások közgazdasági hatása nemzetgazdasági szinten független attól, hogy közpénzekből (járulék, adó, egyéb állami bevételek), vagy személyes forrásokból fizetik-e, illetve hogy ez utóbbiak közvetlenül, vagy kereskedelmi biztosító(ko)n keresztül jutnak-e a szolgáltatókhoz. Mindegyik rendszer tekintetében európai uniós, nemzeti, illetve biztosítói érdek – végső soron minden egyes polgár érdeke, hogy a forrásfelhasználás költség-hatékony legyen és hatásos eljárásokra fordítsák a forrásokat. E célok elérése érdekében figyelni és elemezni kell a befizetések, a megbetegedések és az ellátások adatait. Az adatgyűjtés elemi eszközeinek egyike a lakosok, illetve a szakszemélyzet adatainak hordozója, ami akár egy elektronikus kártya is lehet.

Milyen hazai reflexiókat válthat ki az elektronikus kártyák eddigi európai története? Milyen célokat szolgálhatnak a kártyák, mint eszközök?

### JOGOSULTSÁG

A hazai ellátás forrongó kérdése a jogosultság ellenőrzése. A hazai szolidaritás alapú rendszer tartalmaz ugyan biztosítás jellegű elemeket, de a valóságban a lakosok támogatása és a szolgáltatók költségtérítése az APEH útján az államkincstárba befolyó járulékösszegtől függetlenül az országgyűlés által meghatározott, illetve jóváhagyott költségvetési számok keretei között, a kormány által meghatározott díjtételek szerint történik. Ezért a jogosultság szerinti válogatás kérdésében valójában nincs állami vagy OEP, esetleg APEH érdekeltség, ráadásul – vagy éppen ezért – jelenleg a lakosokénti rendszeres befizetés nem ellenőrizhető. A befizetés ugyanis nem a munkavállaló dolga, a befizető a munkáltató, aki a munkavállaló és a munkáltató részét egyaránt utalja, vagy az ezt helyettesítő bélyeget, EVA-t és hasonló módszereket alkalmazza. Mivel jelenleg még bátornak sem kell lenni ahhoz, hogy egy munkáltató köztartozásokat halmozzon fel, vagy ilyeneket fantomizáljon, mégkevésbé ahhoz, hogy a befizetéseket ne a valódi munkajövedelem, hanem annak minimálbér címén legalizált hányada alapján eszközölje, túl sokan kerülnek el a korrekt befizetést. A fantomizálás minősített esete, amikor egy-egy nagyvállalat köztartozását az országgyűlés engedi el, visszahozva ezzel a vállalatok állami támogatásának egyszer már kiséprűzött módszerét. Végeredményképen sok a potyautasnak nevezett olyan lakos, aki vagy véletlenül, vagy cinkos módon nem tudta elintézni, hogy munkáltatója befizesse biztosítási járulékát.

Ilyen környezetben a biztosítási jogviszony ellenőrzése újszerű, de jogos igény. A valódi biztosítottak érdeke ugyanis, hogy ne kelljen aránytalanul sokat fizetniük amiatt, hogy mások nem fizetnek. Mivel az egyes lakosok munkaviszonyának megléte hónapról-hónapra változhat, ezért egy olyan adatállományra van szükség, mely folyamatos karbantartás eredményeként megbízható adatokat közöl. Az adatállomány célja, hogy a TAJ megadásakor közölje, történt-e megfelelő befizetés e személy javára. Ne feledjük, a befizetés érkezik egy munkáltatótól, magától a lakostól, vagy valamelyik elkülönített állami pénzalaptól. Az állami befizetésnek is névre szólónak kell lennie, a csoportos befizetés (pl. hogy az állam baráttal átutal néhány milliárdot) nem felel meg annak az elvárásnak, hogy személyre szólóan lehessen a jogosultságot ellenőrizni.

Több biztosítós modell esetén ennek az adatállománynak azt is lehetne tudnia, hogy melyik biztosító a beteg költségviselője. Ne feledjük, hogy a TAJ nem biztosítási szám, hanem a személyi szám háromfelé bontása óta a személyi azonosítója az egészségügyi rendszerben. Ezért a TAJ hordozója sem egy biztosítási kártya, hanem egy hatósági igazolvány, hasonlóan a személyi számot hordozó személyi igazolványhoz. Ha tehát egy biztosító saját kártyát kíván kibocsátani, akkor ennek a kártyának adhat egy külön számot (amint az európai biztosítási kártyának is van száma), és a biztosítottnak is lehet egy külön biztosítási azonosítási száma az adott biztosítónál, de a szolgáltatók felé, a szolgáltatók között és az APEH felé is célszerű a TAJ alapján kapcsolatot tartani.

## A SZEMÉLY AZONOSÍTÁSA

A jogosultság ellenőrzésekor azt is tudni illik, hogy az ellenőrzött személy-e a kártya? Tehát az egészségügyi (biztosítási) kártyának fényképes, illetve biometrikus azonosítóval kiegészített igazolványnak kell lennie, vagy a szolgáltatónak jogot kell kapnia a fényképes személyi igazolvány, útlevél és/vagy jogosítvány megtekintéséhez, és a mindkét igazolványon közös azonosítók (név, születés kelte) egybevetéséhez. Ez az az ellenőrzés, amit csak az ellátás helyszínén lehet elvégezni: az OEP a távolból nem tudhatja, hogy a beteg kinek a hatósági igazolványával (TAJ-kártya) jelentkezett.

További fontos részlet, hogy a befizetés mértéke megfelel-e a jogszabályoknak, vagy a biztosított által a szerződésben vállalt kötelezettségnek. A bérhez kötött járulékfizetés ellenőrzése e tekintetben személyenként nem túl egyszerű, de nem lehetetlen. Bonyolítja a helyzetet, ha egy lakos több munkáltatónál, illetve többféle munkaviszonyban (alkalmazott, szerződéses, megbízott, vállalkozó stb.) is járulékköteles munkajövedelemhez jut.

## ELLENŐRIZZEN A SZOLGÁLTATÓ?

Mindenesetre, ha az egészségügyi szolgáltatótól várjuk el a jogosultság ellenőrzését minden szolgáltatás megkezdése előtt (l. a napi sajtót), akkor ez egyféleképpen történhet, ugyanúgy, mint a bank-kártyával történő fizetésnél vagy pénzfelvételnél: a beteg kártyáját bedugjuk a leolvasóba, és ha zöld a lámpa, biztosított, ha piros, akkor nem. Ha zöld a lámpa, akkor a biztosító fizet, ha piros, akkor az APEH, melynek mint állami szervnek van joga behajtani a pénzt a nem fizető munkáltatótól, vagy a munkajövedelmet nem terelő lakosok esetén a kincstártól.

Talán olyan eset is elképzelhető, amikor az APEH a beteg személyt fogja a be nem fizetett járulékért perelni, de azt jogalap híján nehéz elképzelni, hogy az egészségügyi szolgáltató pereskedjen azzal a lakossal és/vagy munkáltatóval,

aki, illetve akinek a munkáltatója nem neki, hanem az APEH-nek tartozik.

Az sem életszerű, hogy a szolgáltató nem látja el a beteget, aki ráadásul végtelen, mert nem ő, hanem a munkáltatója nem fizetett.

Végül pedig a szolgáltató perelheti az OEP-et is, hiszen a szolgáltató felé az egyetlen fizetésre kötelezett – legalábbis a ma érvényes szabályozás szerint – az OEP.

## A HAZAI ÉS AZ EURÓPAI EGÉSZSÉGÜGYI KÁRTYA

A határtalan áruk és szolgáltatások szükségszerű – csak ideig-óráig halogatható – következménye az egészségügyi (és szociális?) szolgáltatások, illetve az ezekhez való hozzáférés határtalansága. E mellett szólhat az a valószínű, de vizsgálandó cél is, hogy célszerű megelőzni a járadék és szociális ellátásbeli különbség által gerjesztett vándorlásokat. A jogosultság kérdését egyes országokon belül a honos (residens) és nem honos lakosokkal kapcsolatban egyaránt vizsgálni kell.

A jogosultság fedezete a közösség országaiban igen eltérő. A forrásképzés tekintetében az állami felelősség mellett működő rendszerek között is van többféle példa. Másutt az állam, vagy megbízása alapján a helyi önkormányzat osztozik a felelősségben a lakosokkal, akik egészségügyi szolgáltatásokat vásárolnak készpénzért, vagy előtakarékoság, illetve biztosítás keretében. Elméletileg – de csak elméletileg – olyan képlet is lehetséges, hogy az egészségügyi ellátásért (azaz nem a lakosság egészségi állapotáért) kizárólag a lakos felel.

## VALAHOL MINDENKIT EL KELL LÁTNI

A betegségek veszélyeztetik a társadalom egyik legfontosabb értékét, a lakosok életét. Az egyes – hadrafogható, munkaképes – ember értéke nem csak az egyén, de az egész társadalom számára fontos, ezért Európában szinte mindenütt törekszenek arra, hogy az egészségügyi ellátás lehetőségét senkitől se tagadják meg. Végül is minden uniós országban felmerül, hogy a honos és külföldi betegek ellátása során a költségviselőt azonosítsák.

Ennek legegyszerűbb módja egy olyan – elektronikus kártyával közvetlenül hozzáférhető – adatállomány, mely a lakosok azonosítását és jogosultságát, illetve teherviselőit tartalmazza. A fürge bankszektor már megalkotta az európai érvényű számlaazonosító számot: International Bank Account Number (IBAN), követnünk kell az International Health Insurance Number (IHIN) megalkotásával akár úgy, hogy a nemzeti azonosító számok elé annyi és olyan karakter kerül, ami az egyöntetűséget biztosítja (ehelyett olyan „megoldások” ismertetésére került sor a korábbi cikkben, mely legjobb esetben egy műanyag lap két oldalára írja az európai, illetve honi adattartalmat).

Ha a kártya már európai szinten alkalmassá válik a jogosultság vizsgálatára, a következő kérdés az, hogy milyen

egészségügyi adatokat tartalmazzon. Mintegy 10 évvel ezelőtt, a világháló fejletlenebb állapotában úgy tűnt, hogy a beteg adatait a betegnél lévő adathordozón kell tárolni. Adathordozóként korábban a mágneslemez, jelenleg az optikai lemez is megjelent, mára általánossá vált, hogy egyes képalkotó vizsgálatok képanyagát egy félig se telt CD-n a beteg kezébe nyomják. A korábbi – Dr. Naszlady Attila professzor által vezetett – minisztériumi betegkártya project, a még korábbi, Dr. Simon Pál által végzett „elektronikus dög-cédula” project, valamint az utóbbi által is végzett orvoskamari intelligens igazolvány, illetve a Siemens által szponzorált házi orvosi adatkártya kidolgozásának idején több vita volt a betegkártya adattartalmát illetően. Dr. Surján György és Dr. Kincses Gyula a MEDINFO keretében készített egy jelentős tanulmányt „Az intelligens egészségügyi kártyáról” címmel. Végeredményben a szakemberek között kialakult az az egyetértés, hogy a betegnél lévő kártya nem az egészségügyi adatok hordozója, hanem kulcs a beteg – bárhol is lévő – adataihoz.

Azok az adatok, melyeket a kártyák memóriájába terveztek, igen kevés segítséget nyújtanak az ellátó orvosoknak. A sokat emlegetett vércsoport például a mai szabályozás szerint nem hiteles, nem vehető figyelembe, minden alkalommal újra kell vizsgálni. Ezzel szemben sokat segíthet, ha a kártya a számítógép leolvasójába helyezve legyűjti a szolgáltatók szervereiről a betegre vonatkozó szöveges és képi

anyagokat, és megadja a szolgáltató által üzemeltetett programok (e-kórlap, e-recept stb.) felé a beteg adatait. Ez megszüntetheti a párhuzamos dokumentációkat, kiküszöbölheti a párhuzamos vizsgálatokat és kezeléseket.

Az adatlekéréshez persze szükséges az egészségügyi szakembereket azonosító – elektronikus aláírást is hordozó – kártya egyidejű leolvasóba helyezése, mely egyúttal a különböző utalványok (vizsgálatok, orvosságok, gyógyászati segédeszközök, kezelések) aláírását is lehetővé teszi.

Napjaink kártyája tehát nem adatoktól terhes, hanem a beteg nevét, fényképét, társadalombiztosítási azonosító jelét, a kártya számát, a teherviselő(k) azonosítóját, valamint a beteg elektronikus aláírásával egyenértékű kódsorozatot tartalmaz. Ezen egyszerű azonosítók mögött a biztosító(k) és a szolgáltatók további adatállományokat tárolnak. A biztosító például a befizető azonosítóit és a befizetések tényét, az addig nyújtott szolgáltatásokat, a korábban kiadott, illetve kiadásra váró recepteket stb. A családorvos a betegségre és kezelésekre, a kockázati tényezőkre és a szűrővizsgálatokra vonatkozó adatokat stb. A képalkotó vizsgálatok képei is digitális adatállományokban vannak annál a szolgáltatónál, ahol készültek. Mindezen adatállományoknál a hozzáférés elsősorban a TAJ alapján lehetséges, amit majdan felválthat ennek európai örököse.

Ez ugyan sokaknak utópia, de ne feledjük, hogy a világháló kapacitása már ma ennél többet enged meg.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Az intelligens egészségügyi kártyáról  
Dr. Surján György, Dr. Kincses Gyula, MEDINFO  
IME II. évf. 2. szám 2003. március
- [2] A személy követő betegellátás információ technológiája  
Prof. Dr. Naszlady Attila, Budai Irgalmasrendi Kórház  
Dr. Naszlady János, Magyar Posta Rt.  
IME II. évf. 4. szám 2003. május
- [3] Intelligens betegkártya bevezetési stratégiája az önkéntes kölcsönös egészségpénztárakban  
Váradi Péter, Kricsfalvi Péter, DIMENZIÓ Egészségpénztár  
IME II. évf. 5. szám 2003. június
- [4] Legjobb informatikai megoldások az Európai Unióban – INCO-HEALTH projekt  
Király Gyula, Szege Zoltán, Országos Egészségbiztosítási Pénztár  
IME IV. évf. 7. szám 2005. október

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Weltner János**, a Budapesti Orvostudományi Egyetemen 1968-ban avatták orvosdoktorrá. Az I. Sebészeti Klinikán kezdte orvosi pályáját, 1972-ben lett sebész szakorvos. A sebészeti szakterületek mellett szervezési feladatokkal is foglalkozott, ennek nyomán került az Országos Sebészeti Intézet állományába, melynek igazgatóhelyettese volt 2001.

végéig. Sebészeti tudományos tevékenysége kezdetben a műtéti kockázat elemzésére, majd a vastagbél és végbél

rosszindulatú daganatainak és ezek májjátéteinek kezelésére irányult. Egészségpolitikával, betegcsoportosítással, betegségcsoportokon alapuló költségtérítéssel és ezek informatikai vonatkozásaival, a GYÓGYINFOK és a Népjóléti Minisztérium szakértőjeként foglalkozott. Egészségügyi informatikával az Országos Sebészeti Intézet feladat ellátásával kapcsolatban 1972-ben foglalkozott először, amikor az ország minden sebészeti betegre kiterjedő adatgyűjtésének feldolgozását szervezte. 1984-től munkatársaival együtt dolgozta ki a Semmelweis Egyetem azóta is fejlesztett beteg informatikájának alapjait.