

Az ellátásra jogosultak és a jogosultságok ellenőrzése

Dr. Farkasinszki Ildikó, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Hosszú évekig nem volt jelentősége annak, hogy az egészségügyi ellátások igénybevételekor, a TAJ-kártya mögött van-e tényleges biztosítási jogviszony, jogosultság. Az OEP által már 1998-ban létrehozott biztosítotti adatbázis nem volt megfelelő pontosságú, mivel a jogszabályi előírások ellenére a szankciók hiányában meglehetősen laza volt a jelentési fegyelem. Nem lehetett megállapítani, hogy hányan veszik igénybe úgy az ellátásokat, hogy nem fizetnek, és más sem fizet utánuk egészségbiztosítási járulékot, vagyis, hogy hány ún. „potyautas” van az egyébként közös kockázatvállaláson alapuló és szolidaritási elven működő rendszerben. Az utóbbi években erősödtek fel a törekvések a valódi biztosításon alapuló egészségügyi ellátások rendszerének megteremtésére, ezzel együtt megkezdődtek a munkálatok az adatbázis megbízhatóságának lehető legnagyobb szintre való fejlesztésére. Jelen cikk bemutatja a jogosultságellenőrzés kialakításához szükséges jogszabályokat, adatbázisokat. A Nógrád megyében lezajlott pilot projekt eredményei alapján az adatbázisban talált 10%-os „potyautas” hányadba tartozók közül 15-50% lesz várhatóan valóban potyautas. Az adatbázisból az állampolgárok nagyobb része az állami szektor jelentési rendellenességei miatt hiányzik.

For many years it has not been important in Hungary whether the consumers of the healthcare were really insured or just have a historic personal identification number that allowed them to use medical services. The first database elaborated in 1998 was not enough accurate to address this issue, mainly due to lack of sanctioning if the insured was not declared to the database. It has not been possible to identify the outliers of the Hungarian health insurance system based on solidarity and common risk share, therefore many steps were taken in the last few years to increase the liability of the database. In this article we introduce the underlying laws and the database structure of the National Health Insurance Fund Administration. A pilot project carried out in Nógrád county in Northern Hungary, have found that 15-50% might be real outliers of that 10% of the total population who were not reported in the database. Mostly imprecise state administration procedures are accountable for this high number of undeclared persons.

BEVEZETÉS

A kormány a 100 lépés programjának keretében megkezdte az egészségügyi biztosítási elven alapuló – a társa-

dalmi szolidaritást is érvényesítő – rendszerének kialakítását. A „Sikeres, modern és igazságos Magyarországot 2006-2010.” Kormányprogram célul tűzte ki e folyamat felgyorsítását.

A biztosítási elv érvényesülésének következetes megvalósításában kiemelkedő szerepe van az integrált adó- és járuléknylvántartásnak és a naprakész, közhiteles jogviszony-nylvántartási rendszer működtetésének. A kormányprogram céljainak megfelelően ezzel biztosítható, hogy az egészségbiztosítás teljes körű szolgáltatásaira csak az legyen jogosult, aki mögött tényleges járulékbefizetés áll. A fentiek megvalósításához szükségessé vált az egészségügyi szolgáltatók részéről történő jogosultság-ellenőrzési kötelezettség jogszabályban való előírása 2007. április 1-től, és ezzel párhuzamosan az OEP biztosítotti jogviszony-nylvántartása szerint rendezetlen jogosultságúak kiértékelése. Mindkét intézkedés célja, hogy a rendszer valamennyi szereplőjének (egészségügyi intézmények, bejelentésre kötelezettek, egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők, nyilvántartást vezető szervek) kellő idő álljon rendelkezésre a valódi biztosítás alapú egészségügyi ellátásra való felkészüléshez 2008. január 1-ig.

JOGSZABÁLYI HÁTTÉR

A társadalombiztosítási jogszabályok tulajdonképpen már 1992 – az első tb-kártyák, majd 1995-től a TAJ-számok kiosztásának megkezdése – óta előírják, hogy az egészségügyi szolgáltatások igénybeviteléhez szükséges a biztosítási jogviszony, vagy arra való jogosultság megléte. A jogviszonyokat, jogosultságokat tartalmazó nyilvántartás hiányában azonban az előírások betartása a legjobb szándék mellett sem volt lehetséges.

Az ehhez szükséges nyilvántartások felállításához az Országgyűlés az Alkotmányban foglalt elvekből kiindulva, az állampolgárok számára az egészségük megőrzéséhez, helyreállításához és egészségi állapotuk javításához szükséges egészségügyi ellátásra való jogosultságuk, továbbá a foglalkoztatottak betegsége miatt kieső jövedelmük részleges pótlására a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint igénybevitelének szabályairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben (továbbiakban: Ebtv.) gondoskodott. Az előbb említettek érdekében az 1997. évi LXXX. törvényben (továbbiakban: Tbj.) szabályozta a társadalombiztosítás keretében létrejövő jogviszonyokat, a foglalkoztatottak és biztosítottak biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos kötelezettségeit, a biztosítottaknak a társadalombiztosítás rendszerében való részvételi kötelezettségét, a társadalombiztosítási ellátások körét. A Tbj. rögzíti, hogy a biztosítás, az annak alapjául

szolgált jogviszonnal egyidejűleg a törvény erejénél fogva jön létre. Ennek érvényesülése érdekében a foglalkoztatót bejelentési, nyilvántartási kötelezettség is terheli, a biztosított igényeinek érvényesítésével kapcsolatban szintén bejelentésre kötelezett.

A két törvény vázolt alapelveiből fakadó részletes szabályok elengedhetetlenül szükségessé tették, hogy az egészségbiztosítás önálló nyilvántartást alkalmazzon az egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultságot megalapozó jogviszonyokról, ezen belül a biztosítottokról és foglalkoztatókról, illetve egészségügyi szolgáltatásokra jogosultokról. A létrehozott TAJ (Társadalombiztosítási Azonosító Jel) és BSZJ (Bejelentett Személyek Jogviszony-nyilvántartása) nyilvántartó és jogosító rendszerek ezt a célt szolgálják.

A JOGOSULTSÁG IGAZOLÁSA ÉS A JOGOSULTAK KÖRE

1997 végére kialakult tehát az a jogszabályi környezet, amely lehetővé, sőt kötelezővé tette az egészségbiztosítási ellátások igénybevételéhez szükséges két alap adatbázis – a TAJ és a BSZJ – felépítését. Ezt követően azonban különböző okok miatt – foglalkoztatói adatbázis hiánya, bejelentési fegyelem lazasága, az ellenőrzés nehézségei – még évekig nem volt törekvés arra, hogy az egészségügyi ellátások során valóban vizsgálják a térítésmentes igénybevételt megalapozó jogviszony létét.

Mindenki számára természetessé vált, hogy a TAJ-kártya bemutatásával – rosszabb esetben anélkül, a TAJ-szám bediktálásával – megkaphatja a legköltségesebb egészségügyi szolgáltatásokat is. Vagyis egy egyszerű, a legalapvetőbb biztonsági előírásokat sem tartalmazó, könnyen hamisítható, a személy azonosítására teljesen alkalatlan papír alapú igazolvány tulajdonképpen egy életre megalapozza valamennyi természetbeni ellátás igénybevételét. Az OEP ugyan az ellátások egészségügyi szolgáltatók számára történő utólagos finanszírozásakor ellenőrizte a lejelentett TAJ-számok érvényességét (a TAJ-szám pl. halál bekövetkezte, ill. végleges külföldre távozás esetén kerül érvénytelenítésre, nincs tehát összefüggésben a jogosultsággal) – érvénytelenség esetén természetesen nem finanszírozott – de azt, hogy az azonosító jel mögött valóban van-e biztosítási jogviszony, mindeközül nem volt lehetőség ellenőrizni.

A jogosultság-ellenőrzés jelenleg kialakulóban lévő rendszerének megértéséhez először is tekintsük át, hogy kik és milyen okmányok bemutatásával vehetik ma Magyarországon térítésmentesen igénybe egészségügyi ellátásokat.

Egészségügyi ellátások igénybevételére való jogosultság és annak igazolása

- Magyarországon biztosítási jogviszonnal rendelkezők, beleértve azokat a külföldi állampolgárokat is, akik a Magyar Köztársaság területén biztosítási jogviszonyt létesítenek – a TAJ-kártya, vagy az „Igazolás az egészségbiz-

tosítási ellátások igénybevételére” elnevezésű nyomtatvány (ún. kapucsinó) felmutatásával vehetik igénybe az ellátásokat.

- Egyéb jogosultsággal rendelkezők – szintén TAJ-kártyát kapnak a jogosultság megszerzésekor.
- Olyan külföldi állampolgárok, akiknek hazájával egészségügyi ellátási egyezmény van érvényben. Közülük a Horvátországból és Jugoszláviából érkezők kártyával, vagy HR/HU 111 nyomtatvánnyal, míg a FÁK államok, Mongólia, Kuba, Koreai Népi Demokratikus Köztársaság, Jordánia, Vietnám, Irak polgárai útlevelük felmutatására kötelesek az egészségügyi ellátások során. Jelenleg még tárgyalások folynak, így várhatóan hamarosan ezek az előírások vonatkoznak azokra a külföldi állampolgárokra, akik Szerbia, Montenegró, Macedónia, Bosznia-Hercegovina, Albánia, Oroszország, Ukrajna területéről érkeznek hazánkba, és vesznek igénybe ellátásokat.
- Az EGT tagállamokban biztosított személyek, akik jogosultságukat valamilyen EU-s nyomtatvánnyal, vagy 2005. október 1. óta EU-kártyával igazolják. Az Európai Unió egyik alapelve szerint biztosítani kell a személyek szabad mozgását és a dolgozók szociális biztonságát. Az ehhez szükséges eszközöket a 1408/71 és 574/72 EGK rendeletben szabályozták, melyek alkalmazása az EU Bíróság esetjogával és az Adminisztratív Biztosság határozataiban foglaltakkal együtt kötelező érvényű Magyarországon is.

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultokról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. tv., vagyis a Tbj. tartalmazza a biztosítottak és az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak tételes felsorolását. A két kategória közötti alapvető különbséget az jelenti, hogy a Tbj. 5.§.-a szerinti biztosítottak, így a

- munkaviszonyban állók (országgyűlési és európai parlamenti képviselők is),
- közalkalmazottak, köztisztviselők,
- ügyészségi szolgálati, bírósági jogviszonyban, igazságügyi alkalmazotti viszonyban állók,
- fegyveres szervek hivatásos állományú tagjai,
- egyéni és társas vállalkozók,
- megbízásos, bedolgozói jogviszonyban állók,
- egyházi személyek,
- mezőgazdasági őstermelők,
- álláskeresési támogatásban részesülők stb.

után a munkáltató vagy a munkaügyi központ egészségbiztosítási járulékot fizet, illetve – az esetek többségében – ők maguk is járulékfizetésre kötelezettek a jövedelmük alapján. Ennek fejében – szintén főszabály szerint – az egészségbiztosítás mind természetbeni, mind pénzbeli ellátásaira jogosultságot szereznek.

Ugyanakkor a Tbj. 16.§-a szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosultak azok, akik:

- táppénzben, terhességi gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban, gyermekgondozási segélyben részesülnek,

- nyugdíjasok, nyugdíjszerű ellátással rendelkeznek,
- szociális jellegű ellátásban részesülnek,
- nagykorú magyar tanulók, hallgatók, és állami ösztöndíjban részesülő külföldi állampolgárok,
- legalább 50%-ot elérő megváltozott munkaképességű személyek, ha az erre vonatkozó igazolással rendelkeznek,
- a nyugdíjkorhatárt betöltötték, és jövedelmük nem haladja meg a minimálbér 30%-át,
- a Magyar Köztársaság területén lakóhellyel rendelkező kiskorúak,
- a fogvatartottak,
- szociálisan rászorult személyek, hajléktalanok,
- az OEP-pel kötött megállapodás alapján járulékot fizető külföldiek,
- az APEH-nak a Tbj. 39.§. (2) bekezdése alapján egészségügyi szolgáltatási járulékot fizetnek.

Az itt felsorolt jogosultsággal rendelkezők – az utolsó két pontban említettek kivételével – önmaguk nem kötelesek járulékfizetésre, utánuk a nemzeti kockázatközösség részeként, a központi költségvetés teljesít befizetést az E-alapba. Ez a tény, valamint az különbözeti megőket a biztosítottaktól, hogy pénzbeli ellátást (táppénzt, TGYS-t, GYED-et) nem kaphatnak, csak természetbeni ellátásokat vehetnek igénybe.

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI NYILVÁNTARTÁSOK: TAJ, BSZJ

Tehát az Országos Egészségbiztosítási Pénztár két alapnyilvántartást vezet.

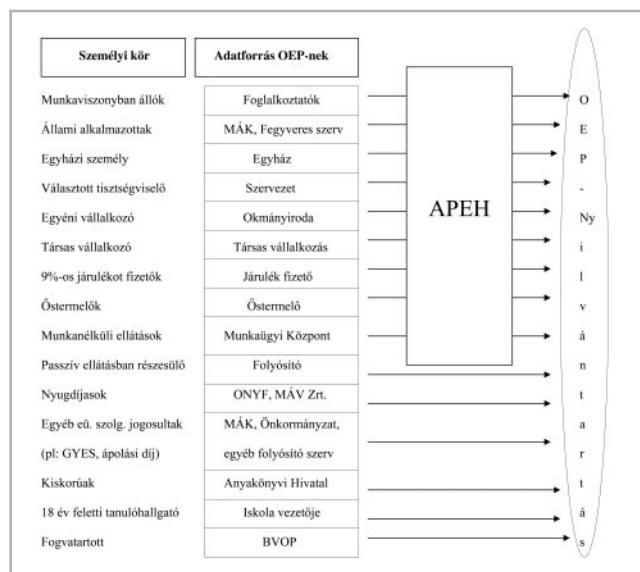
- **TAJ (Társadalombiztosítási Azonosító Jel) -adatbázis**, amely az összes eddig kiadott érvényes és érvénytelen TAJ-számot valamint a hozzájuk tartozó egyének személyes adatait tartalmazza, függetlenül attól, hogy külföldinek vagy belföldinek minősül-e az illető. A személyes adatokat a rendszer heti frissítéssel kapja a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) adatbázisából. A magyar állampolgárok születésükkor automatikusan megkapják a TAJ-számot és az azt tartalmazó hatósági bizonyítványt, amely aztán egy életen keresztül végigkíséri őket. A fenti központi rendszerből származó információ alapján az elhalálozáskor, vagy a személy végleges külföldre távozásakor kerül érvénytelenítésre, tehát nincs előre meghatározott érvényességi ideje. Amennyiben egy külföldi személy Magyarországon biztosítási jogviszonyt létesít (pl. munkát vállal stb.), számára is kiállítanak TAJ-számot, de erről nem a szokásos kis kártyát kapja, hanem az „Igazolás az egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultságról” elnevezésű nyomtatványt. Ezt minden hónapban érvényesíteni kell a munkaadóval, és a biztosítási jogviszony megszűnésekor bevonásra kerül. Ez esetben tehát az igazolás tulajdonképpen e jogosultság igazolására is szolgál.

- **BSZJ (Bejelentett Személyek Jogviszony-nyilvántartása)**. Az OEP másik nagy adatbázisa a bejelentésre kötelezett szervek – foglalkoztatók, ellátást folyósító szervek, adott esetben maga az egyén – bejelentéseiből származó adatokból épül fel. A biztosított, ill. egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyekről 1998. január 1-től kell a foglalkoztatónak bejelentést tennie, a rendszer tehát akkor kezdett felépülni, és azóta komoly fejlődésen ment keresztül. A kezdetben alkalmazott feldolgozó program megyei, lokális adatbázisok kiépítését támogatta, és a hozzá tartozó foglalkoztatói adatbázis hiányosságaiból adódóan sokáig nem volt, nem lehetett vizsgálat arra vonatkozóan, hogy valamennyi kötelezett tett-e bejelentést. A bejelentési tételekre vonatkozóan nem történt semmilyen kontroll arra, hogy a bejelentett személy és a TAJ-szám összetartozik-e, illetve logikai összefüggések alapján sem működött vizsgálat (pl. a kijelentett személy be volt-e jelentve). 2002. április 15-én került országosan bevezetésre az új TAJ&BSZJ rendszer. A megyei pénztáraknál ettől az időponttól, a fővárosi pénztárnál 2003. szeptembertől megkezdődött a jelentéstételek új rendszerbe történő rögzítése. Az előző rendszerben tárolt megyei adatok BSZJ-adatbázisba való áttöltése 2002. áprilisban kezdődött és 2003 májusában be is fejeződött. Az Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztárhoz tartozó adatok migrálása a feldolgozási sajátosságok (a papíralapú bizonylatok OCR/ICR technikával dolgozhatók fel), a szkennelés jelentős elmaradása miatt csak 2003 nyarán kezdődhetett meg, befejezése még az évben megtörtént. 2003. szeptemberben készítettünk egy olyan statisztikát minden megyére vonatkozóan, amely tájékoztató jelleggel bemutatja, hogy hány személy nem rendelkezik jogviszonnyal. A statisztikák olyan létszámot mutattak megéenként a jogviszonnyal nem rendelkezőkre vonatkozóan, hogy az okok felderítésére néhány megyében vizsgálatot végeztettünk az adatok tükrében. Kiderült, hogy a foglalkoztatók nem teljeskörűen tesznek eleget bejelentési kötelezettségüknek. Megállapítottuk, hogy a jelentési kötelezettség elmulasztása az egészségügyi szolgáltatásra jogosultakra vonatkozóan fordul elő többnyire. Az iskolák, önkormányzatok nagy része elmulasztotta a bejelentést. A kisebb társaságok esetében sem volt megfelelő az adatszolgáltatási fegyelem. Ráadásul a bejelentési kötelezettség teljesítésének határideje a jogviszony létrejöttét követő hónap 12-e. Mindebből látszik, hogy ez a rendszer teljességgel alkalmatlan volt a biztosítási jogviszonyok, jogosultságok bármilyen ellenőrzésére, ily módon az ellátások igénybevétele során esély sem volt a biztosítás létének vizsgálatára.

A kormány azon szándékának megfogalmazását követően, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat valóban biztosítás alapúvá kívánja tenni, az OEP-ben is felgyorsultak az események. Először 2005. július 1-ével önálló főosztály alakult az adatbázisok konszolidálása érdekében, majd meg-

kezdődött az informatikai rendszer korszerűsítése. Több olyan jogszabály-módosítás történt, amely a nyilvántartás naprakészségét, a jelentések beérkezésének gyorsaságát, a hibás jelentések teljesítésének minél nagyobb mértékű kizárását szolgálja. Ennek köszönhetően jelenleg a bejelentés teljesítésének határideje a biztosítottak esetében a jogviszony létrejöttét megelőző nap, de legkésőbb a létrejöttének napja. Jogosultaknál ez a határidő főszabályként a folyósított ellátást megállapító határozat jogerőre emelkedését követő – legkésőbb – 10. nap.

2007. január 1-től a biztosítottakra vonatkozó bejelentést az APEH-hez kell teljesíteni, amely az így beérkezett adatokat haladéktalanul továbbítja az OEP felé, aki továbbra is vezeti az egészségbiztosítási nyilvántartást. A jogosultak köréről továbbra is az OEP-hez kell megtenni a bejelentéseket – néhány kivételtől eltekintve – elektronikus formában. Az 1. ábra a bejelentések teljesítésének jelenlegi struktúráját mutatja be.

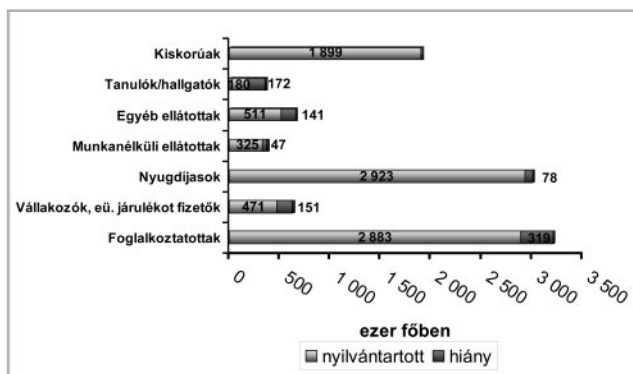


1. ábra
A jelenlegi bejelentési rendszer struktúrája

Látható, hogy ebbe az országosan is példátlanul nagy (több mint 50 millió rekordot tartalmazó) adatbázisba többszáz ezer – sőt ha az APEH-hez kb. 1,5 millió foglalkoztatótól érkező bejelentéseket is figyelembe vesszük, több millió – jelentőtől érkeznek adatok. Több mint 9 millió magyar, és mintegy 300 000 külföldi állampolgár jogviszonyadatait tartalmazza. Összevetve ezt a TAJ-adatbázisban szereplő, kb. 10 millió személy adataival, kiderül, hogy jelenleg kb. 900 000 ember jogosultsága tűnik rendezetlennek.

A 2. ábra a jogosultsággal rendelkezők BSZJ-beli megoszlását és a „potyautasok” becsült megoszlását mutatja be.

Hangsúlyozni szükséges, hogy a 2. ábrán jelzett, hiányzó személyek számáról csak becsléseket tudunk tenni,



2. ábra
A jogosultsággal rendelkezők megoszlása és a hiány becsült mértéke kategóriánként

amelyek azonban egy teszt alapján – melyet Nógrád megyében végeztünk – elég nagy valószínűséggel megalapozottak. Azt is nagyon fontos kiemelni, hogy a „potyautasok”-nak nevezett személyek a szó klasszikus értelmében minden remény szerint sokkal kevesebben vannak, mint azt az ábrából gondolnánk. Az esetek nagy többségében ugyanis vélhetően csak arról van szó, hogy a laza jelentési fegyelem, vagy a jogszabályok nem ismerete miatt az arra kötelezett egyszerűen elmulasztotta a bejelentés megtételét, a járulékfizetési kötelezettségének azonban maradéktalanul eleget tett. Ennek a pontos kimutatása azonban csak akkor válik lehetővé, ha megvalósul az APEH-on belül az egyéni járulék-folyószámla vezetése, illetve, ha az OEP megkapja a járulékbevallások adatait az APEH-től. Mivel jelenleg az eü. ellátások igénybevétele nem feltétele a járulék megfizetése, csak a nyilvántartásba történő bejelentés, ezért ez egyelőre nem okoz problémát.

A JOGOSULTSÁG-ELLENŐRZÉS BEVEZETÉSE

Ahhoz, hogy a BSZJ közhitelessé váljon, és a benne szereplő adatokra nagy megbízhatósággal lehessen támaszkodni, számos intézkedést kellett és kell még ezt követően is megtenni.

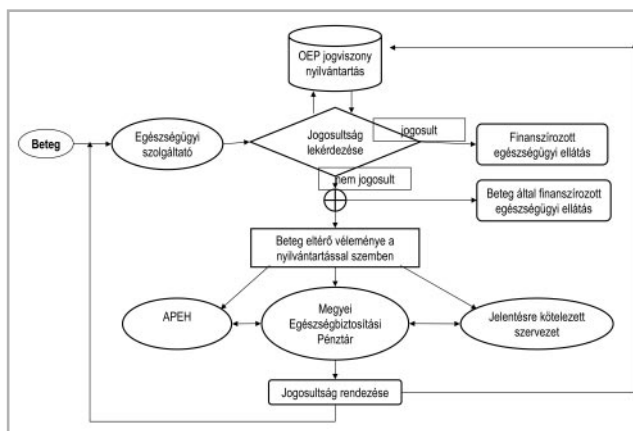
Az első ezek közül a 35/2007. (III.7.) Korm. rendelet 2007. április 1-jével történő hatályba lépése volt, mely – néhány kivételtől (otthoni szakápolás, mentés, védőnői szolgálat) eltekintve – valamennyi finanszírozott egészségügyi szolgáltató számára kötelezővé tette az ellátás előtti jogosultság-ellenőrzést. Ettől – mármint az ellátás nyújtása előtti ellenőrzéstől – csak az azonnali ellátást igénylő esetekben lehet eltekinteni, azonban ekkor is legkésőbb a következő munkanapon el kell azt végezni. Az egészségügyi szolgáltatót az ellenőrzés mellett tájékoztatási kötelezettség is terhel a beteg felé. Ez azt jelenti, hogy amennyiben a betegnek nincs jogosultsága, arról tájékoztatni kell, fel kell hívni a figyelmét a várható jogkövetkezményekre (vagyis, hogy amennyiben nem rendezi a jogosultságát, 2008. január 1-jét

követően nem veheti igénybe térítésmentesen az ellátásokat), és fel kell szólítani, hogy jogosultsága rendezésének érdekében keresse fel a lakóhelye szerint illetékes megyei egészségbiztosítási pénztárat. A tájékoztatás megtörténtének bizonyítása érdekében a beteggel alá kell írni egy átvételi elismervényt, és annak egy példányát a betegdokumentáció részeként meg kell őrizni. Kötelező továbbá a betegforgalom számára elérhető helyiségben egy – az alapvető jogviszony- és jogosultságtípusokat bemutató – részletes tájékoztató elhelyezése. Mind az átvételi elismervény, mind a tájékoztató letölthető az OEP honlapjáról, a www.oep.hu-ról.

A BSZJ-ből nyert adatok online kapcsolat útján való elérésén keresztül a jogosultság-ellenőrzés a www.jogviszony.oep.hu-ra való csatlakozással végezhető el. Az ehhez szükséges felhasználói neveket és jelszavakat az OEP valamennyi finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatónak megküldte. Amennyiben valaki mégsem kapott ilyet, vagy többet szeretne igényelni, az a székhelye szerint illetékes megyei egészségbiztosítási pénztárnál jelezheti igényét. Az elektronikus hozzáféréssel nem rendelkező alapellátást nyújtó szolgáltató a jogosultság-ellenőrzést az OEP által havonta megküldött összesítő alapján is elvégezheti. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy a háziorvos minden hónap 15-ig – választása szerint papír alapon vagy floppy-n – megkapja a TAJ körébe tartozó azon betegek listáját, akik az adott hónap adott napján nem rendelkeztek jogosultsággal. E lista alapján végzi a jogosultságellenőrzést a következő hónap 15-ig, amikor újabb aktualizált listát kap. Ezen offline módszer hátránya az online ellenőrzéshez képest, hogy nem az aktuális állapotot mutatja, tehát hosszú távon nem alkalmazható. Előbb-utóbb vélhetően ezen alapellátást nyújtó szolgáltatók számára is kötelező lesz az elektronikus hozzáférés technikai feltételeinek megteremtése.

Mivel 2007 e tekintetben a felkészülés évének számít, tulajdonképpen a rendszer egyetlen szereplője számára sem tartalmaz semmiféle szankciót. A betegek ellátáshoz való jogát nem befolyásolhatja a jogosultság hiánya, mindenkit térítésmentesen el kell látni. A szakellátást nyújtó szolgáltatók az ellenőrzési és tájékoztatási kötelezettség elmulasztása esetén 2007. szeptember 1-től azonban csak az adott ellátáshoz tartozó finanszírozási összeg 90%-ára lesznek jogosultak. Hangsúlyozandó, nem a jogosultság hiánya, hanem az ellenőrzés elmulasztása esetén van retorzió. Az alapellátást nyújtó szolgáltatóknak ebben az évben még ilyenekkel sem kell számolnia.

Bár a jogosultságellenőrzés még csak egy hónapja indult el az intézményekben, máris szép eredményekről számolhatunk be. A cikk elkészültének időpontjáig 403 egészségügyi szolgáltató csatlakozott az online rendszerhez, ebből nagy örömmel 107 háziorvos. Naponta kb. 100 000 a lekérdezések száma, április 1 óta összesen 1 800 000. A lekérdezések kb. 7%-ában adta a rendszer azt a választ, hogy a betegnek nincs jogosultsága. Az OEP-oldali válaszidő átlagosan 25 ezredmásodperc. Elmondható tehát, hogy a rendszer eddig jól vizsgázott. A 3. ábra a jogosultság-ellenőrzés és rendezés folyamatát mutatja be.



3. ábra
A jogosultság ellenőrzésének folyamata

A JOGOSULTSÁGGAL NEM RENDELKEZŐK KIÉRTESÍTÉSE, A NÓGRÁDI TAPASZTALATOK

Bár 2007 a felkészülés ideje, megalapozott a feltételezés, hogy ez időszak alatt nem minden érintett fordul meg az egészségügyi ellátórendszerben, ily módon onnan nem értesül a jogosultsága rendezetlenségéről.

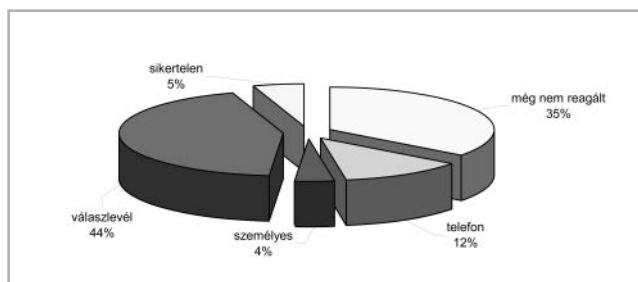
Éppen ezért az OEP az egészségügyi intézményekben végzett jogosultság-ellenőrzéssel egyidejűleg megkezdte azon személyek levélben történő értesítését, akiknek a BSZJ szerint rendezetlen az egészségbiztosítási jogviszonyuk. Ez – az érintettek nagy számára való tekintettel (jelenleg kb. 900 000 fő) – több ütemben történik. Az első 100 000 levelet április elején küldte ki az OEP, és ez a lépés igen nagy sajtóvisszhangot és lakossági érdeklődést váltott ki. A reakciók a nyilvántartás korábbiakban ismertett megbízhatóságát alapul véve nem meglepőek. Az eddigi tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a megyei adatbázisok migrálásakor az eddigi becsülnél nagyobb lehetett az adatvesztés, illetve bebizonyosodni látszik, hogy főleg az első időkben – 2005-öt megelőzően – meglehetősen hanyag volt a bejelentési kötelezettség teljesítése.

Komolyabb következtetéseket a rendezetlen jogviszonnal rendelkezők összetételére vonatkozóan annak a pilotának a tapasztalatai alapján lehetett levonni, amelyet 2006 decemberében, Nógrád megyében végeztek.

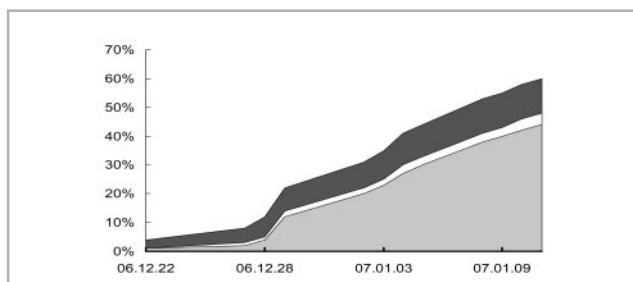
Nógrád megye lakosai közül az országos átlagnak megfelelően mintegy 10% (20228 fő) kapott levélben értesítést december 22-én. A kiküldött tájékoztatóhoz válaszlevelet is mellékelünk.

A 2007. január 11-ig érkezett visszajelzések tapasztalatai alapján elmondható, hogy a lakosság az előzetesen vártnál sokkal intenzívebben reagált. Többségükben megértették a tájékoztatóban foglaltakat, és támogatták a reformelképzeléseket (lásd 4., 5. ábrák).

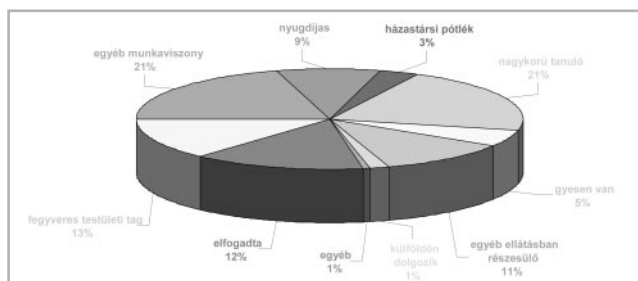
A visszajelzések közül az derült ki, hogy az értesítetteknek csak kis hányada (14%) fogadta el a közölt adatok valóságtartalmát. Ők azok, akik valódi „potyautasnak” tekinthetők. A válaszadók zömében azt állították, hogy az adatbázisban fog-



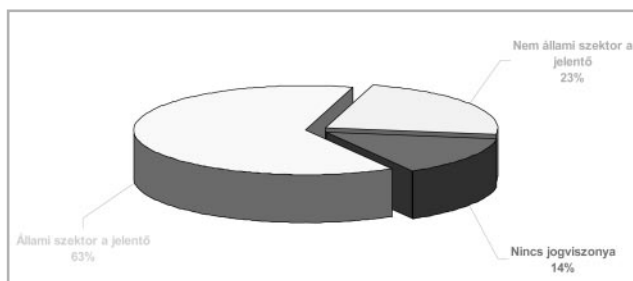
4. ábra
A kiértékeltek megoszlása a visszajelzés módja szerint



5. ábra
A megkeresésre érkezett válaszok megoszlása a válaszadás formája szerint, az idő előrehaladásával (Az összes megkeresés %-ában)



6. ábra
A visszajelzések megoszlása



7. ábra
A jelentést elmulasztók szektor szerinti megoszlása

laltaktól eltérően, rendelkeznek jogosultsággal (lásd 6. ábra).

Fontos tapasztalat, hogy azok, akik azt válaszolták, hogy van jogosultságuk, zömében abból a körből kerülnek ki, ahol a jelentés megtételére kötelezett az állami szektor részét képezi (lásd 7. ábra).

A tisztánlátás érdekében a fenti adatokhoz mindenképpen meg kell jegyezni, hogy az OEP korábban végzett legújítások alapján a legnagyobb állami szektorba tartozó jelentőkkel (ÖTM [BM], HM, Nemzetbiztonsági Szolgálatok, MÁK körbe tartozók) már 2006. évben megállapodott, hogy visszamenőlegesen megismétlik, illetve a hiányzó körben (hivatásos állomány) megteszik a bejelentést.

ÖSSZEFOGLALÁS

A valóban biztosítás-alapú egészségügyi jogviszony kialakítását már évek óta előírják a jogszabályok, ennek

tényleges megvalósításához azonban mind a szándék, mind a feltételek hiányoztak. Az egészségügyi reform részeként most megvalósulni látszik az, ami eddig csak fikció volt. Ezt a célt szolgálják az elmúlt 2 év jogszabály-módosításai, a nyilvántartás pontosítása, megbízhatósága, valamint a jogosultság-ellenőrzés bevezetése érdekében meghozott intézkedések. A 2007-es évből még hátralévő 8 hónap a rendszer valamennyi résztvevője – nyilvántartások vezetői, egészségügyi szolgáltatók, ellátást igénybe venni kívánó személyek – számára felkészülési időként szolgál ahhoz, hogy 2008. január elsejét követően már tényleg csak az vehesse térítésmentesen igénybe az ellátásokat, aki arra jogosult. Így valósulhat meg az a törekvés, hogy mindenki fizessen, vagy mindenki után fizessen valaki egészségbiztosítási járulékot, és a valódi „potyautasok” minél nagyobb részét sikerüljön beterelni az egészségbiztosítás keretei közé.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Farkasinszki Ildikó 1990-ben végezte a tanárképző főiskolát, majd 1996-ban az államigazgatási főiskolát. 2002-ben szerzett jogi diplomát a Szegei Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karán. Pályafutását 1996-

ban Hunya Község Önkormányzatának jegyzőjeként kezdte. 2000-2005 között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Békés Megyei Pénztára Jogi és Igazgatási Osztályvezetője volt. Jelenleg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Nyilvántartási és Ügyvitelszervezési Főosztály főosztályvezetője.