

Király Gyula

## INFORMATIKA AZ ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR (OEP) TEVÉKENYSÉGÉBEN 2002-2007 KÖZÖTT

### BEVEZETÉS

#### *Az egészségbiztosítás helye és szerepe a társadalomban*

Az ország lakosságának egészségügyi ellátása érdekében az egészségpolitikának - összhangban az ország politikai céljaival -, társadalmi értékvalasztási döntést kell hozni. Kell tennie ezt azért, mert a javak előállításának egyik legfontosabb erőforrása az emberi munkaerő. A megfelelő mennyiségű és minőségű munkaerő biztosításához az állampolgárok fizikai és szellemi egészsége szükséges. Ezért az egészségügyi ellátás alapvetően termelő ágazatnak tekinthető, munkaerő újratermelő ágazatnak. Ennek az egészségpolitikai stratégiai döntésnek meg kell határoznia az egészségügyi közfinanszírozás kereteit. A két szélsőérték ebben a kérdésben a teljes állami finanszírozás felvállalása valamennyi állampolgár gyógyítása terén, a másik pedig az abszolút egyéni öngondoskodás kikényszerítése. A két szélsőség sehol sincs jelen a világon, hiszen a társadalmak egyrészt valamilyen szinten mindenhol gondoskodnak tagjaikról, másrészt sehol sem korlátlanok az egészségügyre fordítható állami források. Az európai társadalmi értékrendben a szolidaritás elvű egészségbiztosítás a domináns, míg az USA államban az egyéni betegbiztosítás a jellemző.

A közfinanszírozás mértéke az ország gazdasági teljesítőképességének függvénye. Érdemes az egészségügyi közfinanszírozás szabályozórendszerét, mechanizmusait úgy felépíteni, hogy - a társadalom (és az orvosi szakma) által felállított prioritások alapján - az állam által vállalt egészségügyi szolgáltatások, az erre fordítható összeggel együtt változhassanak.

Az egészségügyi ellátás állami forrásai különböző módon teremthetők elő. A jellemző módszerek a járulék, az adó illetve a kettő együttes alkalmazása. Európában többnyire a munkajövedelmekből járulékkal vagy adóval történő elvonás, míg az önhibájukon kívül munkajövedelemmel nem rendelkező társadalmi rétegek (nyugdíjasok, gyermekek, tanulók, rokkantak, regisztrált munkanélküliek, szociálisan rászorultak stb.) helyett az állam csoportosít át az egészségügyi ellátásra az egyéb módon befolyó adókból.

Ez a kérdés a társadalom valamennyi szereplőjét komoly mértékben foglalkoztatja. Olyan antagonisztikus ellentéteket kell kezelni, ami érinti generációs ellentéteket („a fiatalok állják az idősebbek ellátását”), társadalmi rétegek közötti egyenlőtlenségeket („az aktív munkaviszonyban lévők fedezik a passzívok és rászorulóknak költségeit”), valamint az egészségesekek és

beteg tudatát („aki egészséges az minimalizálná a befizetéseit, aki beteg, az maximális ellátást igényelne”). Mivel ez a dilemma megközelíthető több nézőpontból is, ezért a politika számára nehezen kezelhető, kockázatos kérdés az egészségbiztosítás problémakör egésze. A kockázatot tovább növeli a média érzékenysége és kiszámíthatatlansága a rászorulókat ellátásának bármilyen korlátozása esetén.

Magyarországon az állam - az Alkotmányban rögzített módon deklaráltan - szolidaritás elvű, döntően közfinanszírozásra épülő egészségbiztosítási rendszert biztosít az állampolgárai számára.

### *Az egészségbiztosítás működése*

Az egészségbiztosítás által finanszírozott termékek és szolgáltatások körét valamint a közfinanszírozott ellátás alanyait pontosan meg kell határozni. Ennek a definíciónak összhangban kell lenni az ország szociális ellátó rendszerével (nyugdíjrendszer, rokkantak gondozása, szociális ellátás stb.), munkaügyi rendszerével (munkanélküli ellátás, munkajövedelem kiesés pótlásának rendszere), oktatási berendezkedésével (orvosi egyetemek finanszírozása). Ezen kívül a tekintettel kell lenni a társadalom demográfiai jellemzőire (munkaképes korú lakosok aránya), a társadalmi kulturális hagyományokra, értékrendekre (nők foglalkoztatása, gyermekszületés támogatása, rászorultak gondozása stb.). Az összefüggések meghatározásának pontossága nagyon fontos, hiszen a szabályozó rendszer paramétereinek száma igen nagy, a kívánt hatások eléréséhez közelítő döntések eredményeit mérni körülményes.

A közfinanszírozott egészségbiztosításon belül a következő alrendszerekről kell dönteni:

- Járványügy, közegészségügy, katasztrófaelhárítás, hadiegségügy
- Prevenció, szűrés, munkaegészségügy
- Pénzbeli ellátás (munkajövedelem pótlása)
- Nyugdíjkorhatár alatti rokkantság megállapítása és ellátása
- Egészségügyi szolgáltatások (gyógyítás)
- Termékek, készítmények ártámogatása (gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz ellátás)

Az államok jelentős része az egészségbiztosítási körön kívülnek tekintik a járvány- és közegészségügyi kérdésekkel, katasztrófaelhárítással és a hadieseményekkel kapcsolatos egészségügyi ellátásokat. Az ezekkel kapcsolatos költségeket központi állami pénzalapokból finanszírozzák.

A prevenció és szűrés kérdése szintén független az egyén élethelyzetétől, inkább az állami szerepvállalás mértékének kérdése. Ezért ez is inkább központi állami költségvetésből finanszírozott szolgáltatások biztosításával oldható meg. A munkaegészségügy finanszírozása pedig általában a munkáltatókra terhelt költség, mivel ennek alanyai kizárólag a munkavállalók, az egészségügyi szolgáltatás jellege pedig a munkahely sajátosságaitól függ.

A pénzbeli ellátások, valamint a nyugdíjkorhatár alatti rokkantság megállapításának és ellátásának alrendszeri tartozhatnak az egészségbiztosítási rendszerhez, de részei lehetnek a szociális ellátással foglalkozó területnek is.

A szűken vett egészségbiztosítási rendszer két alrendszerből áll, a természetbeni szolgáltatásokból és az ártámogatásokból. A társadalom számára egyértelműen meg kell határozni az egészségbiztosítási ellátások körét. Alapvetően nem is igazából „egészségbiztosításról” van szó, hanem „betegség gyógyításáról”. Ez azért fontos, mert az egészség biztosítása nem pontosan meghatározható fogalom, beletartozik az életmód, a táplálkozás, a közvetlen környezet milyensége valamint a környezetvédelem egésze. Egyedüli kivétel általában a betegség gyógyításán kívül a terhesség alatti gondozás, a szülés és a csecsemőgondozás finanszírozása. Mivel a teherbe esés nem betegség, ezért ezt a kérdéskört külön illik szabályozni, de mindenképpen az egészségbiztosításon belül, hiszen az ellátó intézményrendszer közös. Ezért a nem kívánt terhesség (egészségügyi okok kivételével történő) elkerülésének költségei általában nem támogatottak.

Az egészségbiztosítási rendszer felelősségi körének és korlátainak meghatározása után a legfontosabb kérdés az alrendszereken belüli döntések megalapozásához szükséges adatok megléte, részletezettsége, naprakészsége és pontossága. A megfelelően előkészített, strukturált és idősoros adatok gyűjtése, ellenőrzése, tárolása elengedhetetlen a jó és megalapozott döntéshozatalhoz. Ezen a ponton érzékelhető, hogy milyen fontos is az informatika helyzete és felkészültsége ebben az ágazatban.

### *OEP helye, szerepe*

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiemelten fontos és speciális szerepet töltött be ebben az időszakban. Az OEP 2003-ban még a Kormány irányítása alatt álló országos hatáskörű központi államigazgatási szerv volt, amely a társadalombiztosítás központi hivatali szerveként az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) kezelését végezte. Ennek megfelelően önállóan gazdálkodó, teljes jogkörrel rendelkező társadalombiztosítási költségvetési szerv volt (amelyet az Országgyűlés felhatalmazása alapján a Kormány hozott létre még 1993. június 12-én). Ebben az időszakban az Egészségbiztosítási Alap felügyeletét a Kormány közvetlenül, az egészségbiztosítás központi hivatali szervének, azaz az OEP-nek az irányítását pedig az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter útján látta el.

## OEP INFORMATIKA 2003-2005

### *Előzmények*

Az egészségügyi ellátórendszer sok korábbi egészségpolitikai és közfinanszírozási döntés következményeként komoly mennyiségű adatot rögzített, tárolt és továbbított folyamatosan. Megalapozta ennek a lehetőségét az a tény, hogy minden magyar állampolgár rendelkezett egy egyedi egyéni társadalombiztosítási azonosítóval (TAJ<sup>1</sup> szám). Már 1993-tól a fekvőbeteg-ellátás finanszírozása hozzá volt kötve az ellátott esetekre vonatkozó tételes és nemzetközileg elismert, ún. HBCs<sup>2</sup> kódokkal megvalósított központi adatszolgáltatáshoz. A járóbeteg-szakellátás követte a jól bevált teljesítményfinanszírozási elveket és 1998-tól már erről a területről is beérkeztek az OEP-hez a szolgáltatások adatai. Ezek alapján érthető, hogy az egészségügyben a nagy mennyiségű és kiterjedt rendszeres adatgyűjtésnek kialakult rendje, kultúrája és jogszabályokon és érdekeltségen alapuló hagyománya volt. Ez a fajta kényszer magával hozta, hogy a kórházak, szakrendelők mind rendelkeztek megfelelő saját informatikai háttérrel, infrastruktúrával és tudással. Az évezred elején komoly világbanki segítséggel számos kórház kapott korszerű hardvert és szoftvert, ami jelentősen fokozta az általános infokommunikációs technikai színvonalat.

Az évek során összegyűlt nagy mennyiségű szenzitív és egységes elvek alapján klasszifikált adat feldolgozása és tárolása az OEP informatikára hárult. A kornak megfelelően területileg, megyei szinten tagolt számítóközpontok segítségével fogadták az intézményektől az adatokat különböző adathordozókon, de leginkább floppy diszkeken. A Y2K<sup>3</sup> probléma okán jelentős költségvetési források nyíltak meg a korszerűsítésre, amit az OEP Informatika összekötött az infrastruktúra központosításával és konszolidációjával. Ennek során megvalósult illetve elkezdődött a megyei számítóközpontok megszüntetése, a központosított adatgyűjtés kialakítása és a legfontosabb alkalmazások országos rendszerre integrálása. Ezt az időszakot, azaz a 2000-tól 2003-ig tartó éveket, egy intézményi szinten elfogadott és képviselt informatikai stratégia szerint végzett fejlesztési munka jellemezte.

### *Stratégiaalkotás*

Az OEP napi működtetése mellett, amely folyamatos és operatív üzemeltetési munkát igényelt az informatikai szakterülettől, a kapott új felada-

---

1 Társadalombiztosítási Azonosító Jel.

2 A homogén betegcsoportok (HBCs) az aktív kórházi ápolási esetek olyan osztályozási rendszere, amelyben a csoportképzés alapja az orvos-szakmai azonosság mellett a ráfordítás-igénység homogenitása. A besorolást elsődlegesen az ellátást indokló betegségek és a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg.

3 A 2000. évre előrevetített számítógépes világösszeomlás rövid neve.

tok egyre több fejlesztési kapacitást kezdtek lekötni. Ezért 2002. év végén a vezetés úgy döntött, hogy olyan szakembert állít a terület élére, akinek van ilyen irányú (informatikai) tapasztalata. Az egészségügyben nem volt szokás, hogy magas vezetői pozícióba ne orvos végzettségű vezetőt állítsanak. Az ágazat általában nehezen fogadja el más tudományterület szakembereit.

Az új vezetőnek szerencséje volt, hogy éppen ebben az időszakban került sor a Magyar Információs Társadalom Stratégia (MITS) megalkotására. A stratégiai anyag ajánlások és magas szintű koordinációs támogatás mellett készült, az Informatikai és Hírközlési Minisztérium hathatós közreműködésével. Az egészségügyért felelős minisztérium készítette az ágazati stratégiát összhangban a Kormány által elindított Egészség Évtizede Programjával, amelyhez valamennyi egészségügyi országos intézet és háttérintézmény készített részanyagokat. A tervezési munkák és megbeszélések során kiderült azonban, hogy az OEP-nek vannak olyan területei és feladatai, amelyek bizonyos szempontból különböznek az ágazatban megfogalmazott irányoktól, vannak olyan akciótervei, amelyek más prioritásokat határoznak meg. Az egyeztetéseken gyakran alakult ki szakmai vita a finanszírozás, az ellenőrzés és az Egészségbiztosítási Alap kezelésének fontosságáról, módszereiről. Gyakori volt a minisztérium szakapparátusa és az OEP munkatársai között az ellentét. A minisztérium gyakran felettes szervként viselkedett, figyelmen kívül hagyva, hogy az OEP működését a Kormány a Miniszterren és nem a minisztériumon keresztül irányítja. Az OEP szakapparátusa pedig alkalmanként hiúsági kérdéseket helyezett előtérbe a konstruktivitás helyett. Ez a fajta rivalizálás gyakori jelenség a közigazgatáson belül, amelyre sajnos sok helytelen, hibás döntés is visszavezethető.

Szerencsére a minisztérium a MITS megalkotásáért olyan szakembert tett felelőssé, aki felismerte a problémát és sikeresen meg is oldatta ezt. Az ESzCsM<sup>4</sup> akkori közgazdasági helyettes államtitkára Holló Imre volt. Magas szinten ő felelt a stratégiaalkotásért. Az operatív feladatokat Dr. Vokó Zoltán főosztályvezetőre bízta. Vokó úr hallatlan körültekintéssel kezelte a kérdést és elérte, hogy az ágazati stratégiában való aktív közreműködés mellett az OEP önálló stratégiát alkothasson. Ezzel a lépéssel ténylegesen hatékony és eredményes műhelymunkát tett lehetővé, amely alkotó légkörben és magas színvonalú együttműködés keretein belül zajlott.

A stratégia alkotást megelőzően a valós helyzet alapos átvilágítása, értékelése is megtörtént, amely megfelelő alapot adott a műszaki tervezéshez. A szakmai vízió megalkotása, amelyet az ágazati vezetők is magukévá tettek, nagyban segítette az informatikai szakterületet, hogy a különböző szakmai főosztályok is elfogadják a rendszerszerűség és a transzparencia szükségességét. A 2003-as ágazati MITS népszerűsítése és tájékoztatása során a következő jövőképet festette az egészségpolitika:

*„2010-ben a 66 éves Kissné egy nemzeti parkban kempingezik. Kirándulás közben súlyos gyomor- és mellkasi fájdalmai jelentkeznek. Bekapcsolja a automatikus, vezeték nélküli orvosi riasztó rendszerét, amely globális helyzet-meghatározót is magában foglal. Ez*

---

4 Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium.

*riasztja a legközelebbi mentőállomást, a mentő hamarosan a helyszínre ér. Ugyanekkor dr. Kovács, Kissné kardiológusa Budapesten szintén megkapja a riasztást. Kissné engedélyezi a mentősöknek, hogy lekérjék a központi elektronikus egészségarchívumát, amely tartalmazza a gyógyszerelésének adatait is. Mire Kissné megérkezik a mentővel a legközelebbi sürgősségi osztályra, dr. Nagy ügyeletes orvos számára rendelkezésre áll az összes szükséges információ, amelyet a mentőorvos Kissné engedélye alapján on-line megküldött neki. Alapos kivizsgálás, valamint dr. Kovács és dr. Nagy közötti megbeszélést követően az orvosok megállapítják, hogy Kissnének bakteriális gyomorfertőzése van, azt tanácsolják neki, hogy fogyasszon sok folyadékot, és folytassa nyugodtan a kempingezést. Ugyanekkor Kissné elektronikus egészségarchívumát is frissítik a szükséges információval. Az ellátási esetről a megfelelő információ on-line automatikusan továbbítódik a biztosítóhoz, illetve a városi ÁNTSZ-be. Aznap délután a városi ÁNTSZ munkatársai megtalálják az eltört csatorna vezetéket, amely a bakteriális gyomorfertőzés járványt okozta.”*

Itt muszáj beszúrni egy rövid értékelést. Sajnos több mint 10 évvel a vízió megfogalmazása után gyakorlatilag ebből az állampolgár semmit sem tekinthet megvalósultnak, még részben sem. Pedig az elképzelés semmi olyan komponenst nem tartalmazott, aminek ne lettek volna meg a műszaki alapjai. A tervek megvalósítása azonban valamikor 2008 környékén félresiklott.

Az OEP külön MITS-ének vezetői összefoglalójában található pár mondat jól tükrözi az akkori OEP vezetés elkötelezettségét az informatikai szakterület fejlesztésére, az informatikai szempontok figyelembevételét a napi operatív munkák tervezésekor:

*„...Az OEP informatikai stratégia legfőbb célja a fentiek alapján három különböző feladat magas szintű megoldása, miszerint:*

- támogassa és kiszolgálja az OEP egészségbiztosítási finanszírozáshoz kapcsolódó reformtörekvéseit, miközben*
- alapfeladatnak tekintse a megbízható és folyamatos működés biztosítását, és*
- ezzel párhuzamosan az egészségügy más szereplőivel együttműködve hozzájáruljon az egészségügyi rendszer informatikai infrastruktúrájának korszerűsítéséhez.*

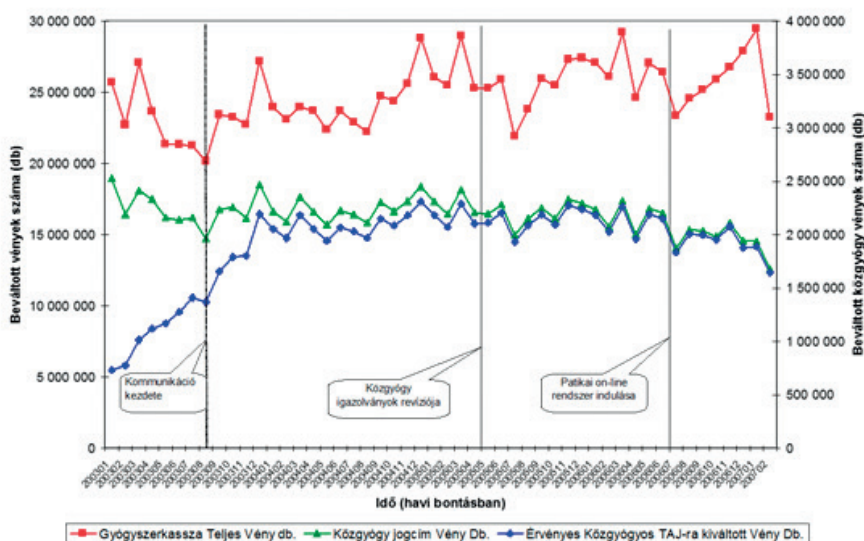
*E három cél egyidejű szem előtt tartása a menedzsmenttől korszerű szervezetfejlesztést, a munkatársaktól folyamatos szakmai önképzést a döntéshozóktól bizalmat és elkötelezettséget igényel...”*

Ebből is látható, hogy abban az időben megfelelő súllyal képviseltette magát az informatika a felső vezetésben, az informatikai főigazgató helyettes előbb főcsoportfőnöki, majd később helyettes államtitkárnak megfelelő beosztást kapott.

### *Közgyógyellátás reformja – az „állatorvosi ló” projekt*

A stratégiai dokumentumokban leírtak mellett, jól látható az informatikai szakterület megbecsülése abból is, hogy az ebben az időben meghirdetett Közgyógyellátási reform megvalósítását az informatikai szakterületre bízták. A változtatás céljának megfogalmazását követően a megvalósítás módja szabadon megtervezhető volt. A kormányhatározat megadta az iránymutatást,

miszerint „A Kormány elrendeli, hogy készítsék elő 2003. július 1-től a biztosítottak számára kedvező alapvető szűv- és érrendszeri gyógyszerre kiemelt támogatásának biztosítását és a közgyógyellátás bővítését elektronikus pénztárca alkalmazásával.”, de minden mást az informatikai területre bízta. A műszaki tervezéstől a jogszabályi előkészítésig, a társadalmi és érdekképviseleti szervekkel való egyeztetéstől a kommunikációig minden az IT feladata volt. Ebben az időben országosan még nem volt minden gyógyszer tárnak internetelérése. A bankok hitel- és bankkártya felhasználásán kívül nem volt működő elektronikus pénztárca szolgáltatás sem. Úttörő munkát kellett végezni, hogy a jogi kodifikációs folyamatoknál az informatikai szempontokat is figyelembe vegyék. A tárcaközi egyeztetés során sem szokták meg az államtitkárok és helyettes államtitkárok, hogy informatikai vezetővel kell egyeztetniük, műszaki érvelést kell mérlegelniük, sőt IT-megoldásokat kell elfogadniuk. Külön probléma volt a Virtuális Elektronikus Pénztárca (VirEP) kifejezés elmagyarázása. Olyan „ritkaságok” történtek például ezekben az időkben, hogy 2002-ben az OEP működési költségvetéséből 400 millió Ft fel nem használt, megmaradt dologi forrást 2005-ben visszaadott a Pénzügyminisztérium beruházási célra az OEP Informatikának, „megpántlikázva” a Közgyógyellátási projekt végrehajtására. Óriási segítség volt a megfelelő érvrendszer felállításában, hogy addigra elkészült az OEP Adattárháza és azon belül is elsőként a Gyógyszer adatpiac került bevezetésre. Közel 10 éves, rendezett, idősoros adat állt az informatika (és a szakterület) rendelkezésére, amely lehetőséget adott mind a gyógyszerfogyasztási szokások elemzésére, mind a megvalósítandó fejlesztés várható hatásainak modellezésére. Az 1. ábra jól megmutatja, hogy a „rendrakás”, azaz az informatikai megoldások bevezetése előtt a beváltott közgyógyellátotti vények, azaz az ingyen gyógyszerek több mint 2/3-a ellenőrzés és jogcím nélkül került ki a gyógyszer tárnakból.



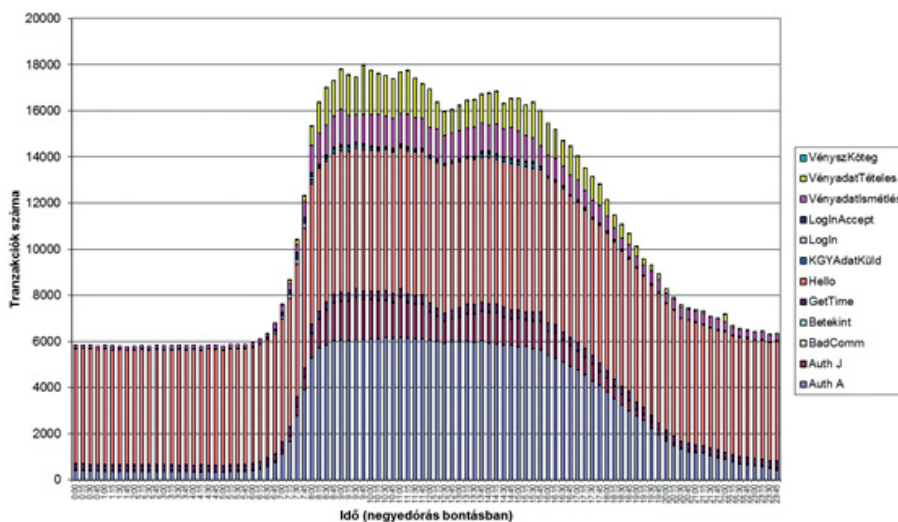
1. ábra A KÖZGYÓGYELLÁTÁSI REFORM HATÁSA A VÉNYFORGALOMRA

A műszaki megvalósítás hosszú tervezési, egyeztetési szakaszon ment keresztül, amely nem nélkülözte a zsákutcákat és a kudarcokat sem. Tízszer jobban kellett bizonyítanunk egy megoldás életképességét annál, mintha azt egy politikus találta volna ki és az informatikának csak végre kellett volna hajtania. A sajtóban arról vitatkozott az OEP informatikai vezetője a Magyar Gyógyszerész Kamara vezetőjével, hogy van-e elegendő térterő minden gyógyszerárban vagy nincs, és hogy elegendő lesz-e a válaszdíó GPRS adatátvitel esetén vagy sem. Az igazi érdeksérelmek nem kerültek nyilvánosságra. Mindenkinek fáj a transzparencia és az objektív, automatikus támogatáselszámolás, de ezeket senki sem merte felvetni. Maradt a műszaki megvalósítás működőképességének megkérdőjelezése, ami egyébként informatikus körökben fel sem merült volna.

A projekt bonyolultságára jellemző, hogy az OEP-nek fel kellett készülnie egy ún. „B” típusú Közgyógyellátási Igazolvány elkészítésére és kibocsátására (közbeszerzés), és ezt a feladatot részben át kellett vennie az önkormányzatoktól. A teljes engedélyezési folyamatot át kellett alakítani, adminisztrációs tevékenység helyett a - házi orvosok bevonásával – szakmai engedélyezési folyamattá, miközben meg kellett oldani a személyiségi jogok tiszteletben tartását is. Ezen felül valamennyi gyógyszerárban az országban (közel 2700 db) el kellett látni egy speciális, PC-be építhető modemmel, amibe behelyezhető egy SIM kártya. Ezeket az eszközöket be kellett szerezni (közbeszerzés) és meg kellett oldani a más tulajdonában álló, más cég által karbantartott és üzemeltetett gépekbe való beszerelését (közbeszerzés). Össze kellett hangolni a kétszeri közbeszerzési folyamat után nyertes mobil szolgáltató telekommunikációs infrastruktúráját a telepített eszközökkel, a megfelelő méréseket elvégezni és szükség esetén a patikákat külső antennákkal felszerelni. Módosítani kellett a piacot lefedő több mint egy tucat gyógyszerári rendszerfejlesztő céggel az egyébként APEH engedélyes pénztárgépként működtetett gyógyszerári rendszereket a virtuális elektronikus pénztárca funkciókkal (közbeszerzés). El kellett készíteni az OEP-en belül a Közgyógyellátási Igazolvány nyilvántartásához és a virtuális elektronikus pénztárca személyenként folyamatos feltöltéséhez szükséges alkalmazásokat (közbeszerzés). Be kellett tanítani az önkormányzatokat és az OEP dolgozóit az ügymenetre, a receptet felíró orvosokat a változásra, a gyógyszerészeket a virtuális elektronikus pénztárca kezelésére és elszámolására. Ki kellett építeni a mobil szolgáltató és az OEP közötti védett, biztonságos adatátviteli kapcsolatot. Folyamatosan monitorozni és üzemeltetni kellett a teljes rendszert a modemektől a vénybeváltásokig, mint az eszközök tulajdonosa és költségeinek viselője. Meg kellett alkotni a szükséges jogszabályokat és végrehajtási utasításokat, a patikánkénti szerződéseket az idegen eszközökre, a gyógyszerári fejlesztő cégekkel való szerződéseket az üzemeltetésre és közreműködésre. Próbaüzemmel kellett bizonyítani a megoldás életképességét, biztonsági audittal megnyugtatóan az adatvédelmi szakterületet és mindezek mellett még egy miniszteri biztosnak is hetente be kellett számolnia a szkeptikus politikusok megnyugtatója miatt. Ezen felül már csak a sajtó és a közvélemény tájékoztatása maradt, ami a műszaki



megoldás bonyolultsága miatt még ismeretterjesztési feladatokat is rótt az OEP Informatikára. Mindezek két és fél évet vettek igénybe, így a projekt 2006 júliusában éles üzemben elindult és a mai napig probléma mentesen működik. Több mint 500 000 közgyógyellátott kapott igazolványt, közel 2700 gyógyszerárban telepítették a rendszer ICT eszközökkel és alkalmazásokkal, napi több mint 300 000 tranzakció történik 1 másodperces válaszidő korlát mellett 7x24-es üzemeltetésben. (A tranzakciók monitorozási statisztikáját a 2. ábra szemlélteti.)



2. ábra VIREP RENDSZER MŰKÖDÉSÉNEK MONITOROZÁSI ADATAI AZ ELSŐ HÓNAP EGYIK HÉTKÖZNAJÁN

### *Adattárház-építés és folyamodványai*

Az OEP Informatikáról az ágazatban mindenkinek a hatalmas adatvagyon jut először az eszébe. Tény, hogy nem tudok olyan országról, ahol a teljes lakosságra vonatkoztatva, a nekik nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat és kiváltott vényeket tekintve közel 15 évnyi, egységes elvek alapján klasszifikált, nemzetközi egészségügyi kódokkal felruházott, rendezett adatbázis létezne. Olyan nemzeti adatvagyonot jelent ez, ami nem csak a tudományos kutatás számára hatalmas lehetőséget hordozó „Big Data”, hanem stratégiai fontosságú tényező a lakosság ellátása szempontjából és nemzetbiztonsági kockázatként sem elhanyagolható. Évente több milliárd TAJ számmal ellátott egészségügyi ellátásra vonatkozó adatrekord érkezik az OEP-hez finanszírozási és ellenőrzési célból. Az OEP adattárház megépítésének szükségességét nem nagyon kellett indokolni. 2002-ben kevés volt még a hazai működő megoldás a közigazgatásban, ezért nem volt túl egyszerű sem a projekt elfogadása, sem az ágazati vezetőkkel a technológia meg-

értetése. Szerencsénkre Bécs városának önkormányzata 2001. januárjában úgy döntött, hogy az egészségügyi intézmények működésének központi irányításának támogatására adattárház projektet indít. 2003-ban a projektjük sikeresen el is indult, amiről valahogy tudomást szerzett az OEP informatikai területe is. Rövid egyeztetés után a bécsi fél készségesnek mutatkozott delegációnk fogadására és a tapasztalatok megosztására. Projektjük mérete, jellemzői szinte megegyeztek az OEP által előzetesen kalkulált adatokkal. A szakterületi vezetők olyan példát, megoldást láthattak, amiben egészségügyi adatok, betegek, kórházak és betegségek, azaz valós adatok voltak. Sokat segített a későbbi döntési folyamatban, hogy nem egy idegen iparági demót, hanem egy egészségügyi ágazati működő megoldást láthattak. A bécsi projekt munkatársai segítségként még a költségvetési és projektvezetési dokumentációkat is átadták, így nagyon egyszerűvé vált az OEP Adattárház projekt megtervezése, elfogadása és bonyolítása. Szinte azonos költségvetésből ki tudtuk hozni az infrastruktúra beszerzést, viszont az adatvédelmi problémák miatt belső erőforrásból építettük az adattárházat.

Ezen a ponton meg kell említeni, hogy az OEP informatikai szakterülete ugyan komoly kompetenciával rendelkezett, de a belső fejlesztéseknek nem volt sem a szervezeti kultúrája, sem a szükséges érdekeltségi rendszere. Az állomány szakmai képességeinek felmérése és csapatépítő tréningeken történő kiscsoportos megbeszélések után az informatikai szakterület felajánlott 400 millió Ft dologi költségvetést az intézményi működés számára, amennyiben 60 millió Ft bérköltséget fordíthat célfeladatok belső finanszírozására. Ezzel lehetőség nyílt köztisztviselő fejlesztő, üzemeltető és tervező szakemberek megtartására és projekthez kötött érdekeltségi rendszer megvalósítására. Ebből a pénzből a szerződések, kifizetések, elszámolások elkészítése okán a jogi, pénzügyi és igazgatási szakterület egy-egy dolgozójának is lehetett adni valamennyi célfeladatot. Így a szervezeti ellenállás is kezelhetővé vált, habár ezekben az években a top 10 bruttó keresetű személy az OEP-nél mind vezetői beosztás nélküli informatikai szakember volt.

Visszatérve az adattárház projekthez, tehát dominánsan belső fejlesztéssel, néhány speciális területen külső kompetencia igénybe vételével két év alatt megvalósult a konszolidációval, adattisztítással, automatikus betöltéssel és a gyógyszer adatpiac elkészítésével a teljes projekt első fázisa. A projekt méretének jellemzéséül álljon itt néhány adata:

- 18 forrás rendszer
- 57 csillagséma
- 35 dimenzió, ebből 11 több adatpiacban is szerepel
- 65 tény+aggregátum (3 milliárd soros tény tábla is van!)
- 15 Cognos<sup>5</sup> kocka
- 207 Cognos riport
- 133 hozzáféréssel rendelkező felhasználó (strukturált, szakmai területi valamint megyei szintű jogosultsággal)

---

5 Cognos Inc.- akkoriban az egyik piacvezető, nagyvállalati üzleti intelligencia (BI) és teljesítménytervező (CPM) szoftvereszközöket szállító cég volt, 2007-ben az IBM felvásárolta.

Az OEP adattárház elkészültének számtalan járulékos eredménye is volt. Megvalósult az OEP teljes OSAP<sup>6</sup> jelentéskészítésének automatizálása, elkészült a lakosság által az Ügyfélkapun lekérdezhető betegéletút-szolgáltatás, számos szakterület számára megnyílt a lehetőség önálló adatelemzésre és riport készítésre, valamint szervezett keretek között, többlet erőforrás beállítása nélkül volt képes az OEP a hozzá forduló szakmai kollégiumok valamint a fizetős egészségiparban érdekelt üzleti vállalkozások adatlekérdezéseinek kiszolgálására.

### *Európai Unió csatlakozás feladatai*

A 2004-es év körüli időszak - akár csak a legtöbb közigazgatási intézménynél - az OEP-nél is az európai uniós csatlakozás jegyében teltek. Ugyan az EU-hoz 2004. május 1-ével csatlakoztunk, de a deregulációs szerződéseknek köszönhetően volt időnk felkészülni bizonyos dolgokra. A legfontosabb erőpróba az Európai Egészségbiztosítási Kártya (EHIC)<sup>7</sup> kibocsátása volt, amit végül 2005. november 1-től vezettünk be. Az EHIC, mint az E111-es nyomtatványt<sup>8</sup> felváltó, minden tagállamra kötelező okmány, a személyek szabad mozgását támogató, az uniós érdekeket érvényesítő eszközként kerül Európában kibocsátásra. A kártyán lévő adatok feldolgozása alapján történik az európai országok egészségbiztosítói között az elszámolás.

A felkészülést sok érdekes és tanulságos pilot projekt előzte meg. Már 2004-ben csatlakoztunk több európai tagország és néhány csatlakozó ország által indított ún. NETC@RDS projekthez. Célja a nemzeti és regionális információáramlás elősegítése volt, leegyszerűsítve az állampolgárok egészségügyi ellátásának zökkenőmentességét mind saját országukban, mind pedig az EU más tagországaiban. Mivel 2004 az olimpia éve volt, ezért a nagy sajtónyilvánosság miatt az athéni olimpia helyszínén terveztük a próbaüzemet 14 helyi kórházban. Ennek megfelelően a teljes magyar olimpiai delegáció részére elkészítettük az EHIC kártyát és ehhez konstruktív partner volt a Magyar Olimpiai Bizottság is.

A pozitív tapasztalatok alapján megkezdődött a tervezés, hogyan és mennyiért kapjon minden magyar biztosított kártyát a határidőre. Az OEP szerette volna, ha kiválthatná a már akkor is elavult és drágán előállított papír alapú TAJ kártyát, de nem kaptuk meg erre az engedélyt. A költségvetés tervezésekor alig egy hetünk maradt az előterjesztés előkészítésére. Gyors műszaki tájékozódás után kiküldtünk számtalan alternatívához indikatív árajánlat-kérést. Ilyenek voltak a központi megszemélyesítésre, a lézergravírozásra, az okmányvédelemmel összefüggő szabályozásoknak megfelelő kártyatest beszerzésére, a tintasugaras nyomtatásra, a nyomtató és kellékanyag vásárlásra, a kérelemre és az elkészült kártya folyamataira és logisztikájára vonatkozó információk. Az első beérkező információk alapján a

---

6 Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program.

7 European Health Insurance Card.

8 Az E111 nyomtatvány egy sürgősségi betegellátásra feljogosító űrlap volt.

központi lézergravírozás és a postai küldeménnyel való továbbítás látszott a költséghatékonyabb és egyszerűbb megoldásnak. Ennek megfelelően elkészült a költségvetési terv és az előterjesztés. Ezt elfogadta az OEP vezetői értekezlete, majd a miniszteri vezetői értekezlet is és elindult a jogalkotási fázis is. Eközben több részletkérdés megválaszolása után megérkeztek az újabb, pontosított és részletesebb árajánlatok, amelyek alapján már jóval olcsóbbnak bizonyult az OEP ügyfélszolgálatain helyben és azonnal elkészíthető tintasugaras módszerrel megszemélyesített kártya. Az informatikai szakterület így 10 nappal a kártyakibocsátásra vonatkozó elfogadott vezetői előterjesztés után, beadta az előzőt felülíró (felülbíráló) módosított, olcsóbb költségvetést és a változtatás részletes indoklását. Kiderült, hogy nincs az eljárásrendben erre vonatkozó rendelkezés, ha már egyszer döntött a grémium, nem lehet azt visszavonni, vagy megváltoztatni, legalábbis erre vonatkozó előterjesztést nem lehet beterjeszteni. Pláne, hogy már a miniszteri vezetői is elfogadta azt. Azonban nem csak a költségvetésben volt jelentős különbség a két megoldás között, de az állampolgároknak is kényelmesebb lett volna az azonnal kiadott igazolvány, különösen, hogy azt (illetve az E111-es nyomtatványt) általában az utazás előtt rövid idővel szokták kérelmezni. Végül informálisan sikerült elérni – az esetleges hűtlen kezelés lehetőségének a felvetésével –, hogy módosító előterjesztésként beadva, gyakorlatilag az összes döntést megváltoztatását tartalmazó dokumentum legyen elfogadva. Hiába lett olcsóbb, egyszerűbb és jobban kommunikálható a végül sikeres megoldás, az informatikai szakterületre haragudott minden döntéshozó a presztízvesztés miatt.

## OEP INFORMATIKA 2005-2007

### *Jogviszony ellenőrzés megvalósítása*

A 2005. év elején egyik este egy szokatlanul fontos kérés érkezett az OEP informatikai vezetőjéhez, miszerint a kormányban egy ún. „100 lépés” elnevezésű program megalkotása folyik, ebből az egészségügynek legalább 20-at kell kidolgozni, van-e valamilyen ötlete a szakterületnek. Komolyan meglepődtünk, mert szokatlan formája volt ez a „brainstorming” a közigazgatási programalkotásnak. Volt néhány, a teljes rendszert átalakító, eretneknek tekinthető elképzelésünk, amit nem is mertünk korábban felvetni, gondoltuk bedobjuk gyorsan azokat, azután ha ezeket elvetik lesz időnk átgondoltan elkészíteni néhány könnyen megvalósítható akciótervet. Az íróasztalfiókban a következő, egy-egy oldalon kifejtett ötletek voltak címszavakban:

- *Járulékfizetési fejelem erősítése*
- *Egyéni nyilvántartási rendszer kialakítása*
- *A járulékfizetésre képtelen személyek ellátásához szükséges fedezet megteremtése*
- *A jogosultság ellenőrzési lehetőségek kialakítása*

Legnagyobb meglepetésünkre nagy tetszést arattak felvetéseink és ahelyett, hogy lesöpörték volna azokat, zöld utat kaptak, sőt megbízást kaptunk kidolgozásukra és megvalósításukra.

A Kormány a 100 lépés programjának keretében így megkezdte az egészségügy biztosítási elven alapuló - a társadalmi szolidaritást is érvényesítő - rendszerének kialakítását. A „Sikeres, modern és igazságos Magyarországért 2006-2010” kormányprogram célul tűzte ki e folyamat felgyorsítását. A biztosítási elv érvényesülésének következetes megvalósításában kiemelkedő szerepe lett az integrált adó- és járulék-nyilvántartásnak és a naprakész, közhiteles jogviszony nyilvántartási rendszer működtetésének. A kormányprogram céljainak megfelelően ezzel biztosíthatóvá vált, hogy az egészség-biztosítás teljes körű szolgáltatásaira csak az legyen jogosult, aki mögött tényleges befizetés áll. Ez a cél volt az egyetlen az egészségügyi reformtörekvések közül, amely szinte feltétel nélküli társadalmi támogatottságot élvez. Történt ez annak ellenére, hogy az ehhez tartozó központi kommunikáció meglehetősen alacsony szakmai színvonalú és hiányos volt. Szinte senki nem értette meg sem a döntéshozók, sem a média munkatársai közül, hogy nem járulék-, hanem jogviszony ellenőrzés történik. A kettő közti különbség értelmezését és magyarázatát egy idő után feladtuk. Jól is tettük, hiszen annak ellenére, hogy a jogviszony ellenőrzés esetleges hiánya semmiféle szankciót nem vont maga után, körülbelül 35 milliárdnyi járulékkal több folyt be az államkincstárba, mint az előtte lévő azonos időszakban - azonos átlagbér és járulékfizetői létszám mellett a hírek megjelenését követően.

A politika nehezen kezelte a különböző technikai, szervezési és informatikai problémákat, de mivel kormányprogram lett a jogviszony ellenőrzés, kénytelenek voltak foglalkozni velük. Kezdődött a gondok sora azzal, hogy hiába volt az OEP-nek egy évek óta gyűjtött adatállománya a különböző területekről érkező jogviszony bejelentésekről, azok közül csak a pénzbeli ellátás<sup>9</sup> igénylők esetét dolgozta fel érdemben. Az első komoly adatbetöltés és feldolgozás után úgy 1,2 millió állampolgárról nem tudtunk semmit. Amikor erről tájékoztattuk a közvetlen vezetőinket, először az értetlenség, majd azután a pánik lett a reakció. Hiába bizonygattuk, hogy egy ilyen méretű és bonyolultságú adatállomány esetében, amit évekig nem használt senki semmire, természetes, hogy az ilyen validitású. Nem nagyon hittek és bíztak bennünk. Szép lassan átszivárogtak a korábbi támogatók a projekt erőterén belül az ellenzők táborába. Az akkori Államreform Bizottság kismértékben, a Pénzügyminisztérium (PM) és az Egészségügyi Minisztérium (EÜM) nagyobb mértékben hátrált ki az OEP, azon belül is az informatikai szakterület mögül. Így egy jó fél évet követően legnagyobb csalódásunkra a projekt átkerült a PM hatáskörébe. Nem adtuk fel a küzdelmet, ezért megpróbáltuk a legkisebb megyében a valamennyi hiányzó adattal rendelkező állampolgárt postai úton megkeresni és felkérni okirati tisztázásra, de a kapott eredmény csak olaj volt a tűzre. Mindjárt az elején kiderült, hogy 5% számára sikertelen volt a postai kézbesítés (azaz hibás volt az országos lakcímnnyilvántartás). Azután az is

---

<sup>9</sup> A pénzbeli ellátások a társadalombiztosítás azon ellátásai, melyek esetlegesen bekövetkező bal-  
eset, betegség, illetve gyermek születése esetén a biztosított keresetvesztését pótolják.

egyértelművé vált, hogy azok, akik azt válaszolták, hogy van jogosultságuk, zömében (62%) abból a körből kerültek ki, ahol a jelentés megtételére kötelezett az állami szektor alkalmazottja volt. Ezzel a lépéssel sikerült két további hivatal, a Magyar Államkincstár és az Országos Személyi Adat- és Lakcímnnyilvántartó Hivatal haragját is magunkra vonni. Ráadásul a Pénzügyminisztérium kihasználva a projekt támogatottságának a gyengülését elérte, hogy a jogviszony bejelentés személyi körei közül többek között a munkaviszonyban állók, az állami alkalmazottak és a vállalkozók az OEP helyett az APEH<sup>10</sup> felé legyenek kötelezettek jelenteni.

Kezdték érdekmúlással elhalni a projekt. Az egyik kormányülésen adott helyzetjelentés kapcsán azonban kiderült a PM ellenérdekeltsége, így visszakapta az OEP a projektet erős felhatalmazással. A heterogén jogviszony bejelentési rendszerek 2007-es bevezetése és az addigra felerősödő koalíció belüli ellentétek ellenére sikerült az informatikai szakterületnek konstruktív megbeszélések segítségével (pl. lásd I. melléklet) működőképes folyamatokat kidolgozni, valamint egy használható és folyamatosan tisztuló adatbázis kialakításának lehetőségét megteremteni. A projekt innentől informatikai projektként élte az életét a következő főbb lépésekkel:

2006.07.01-2006.09.30.	Koncepció kidolgozása
2006.09.01-2006.10.31.	Jogi és eljárásrendi kérdések véglegesítése
2006.08.01-2006.10.31.	Műszaki alternatívák kidolgozása
2006.09.01-2006.11.15.	Költségvetés tervezése
2006.11.15-2006.11.30.	Műszaki megvalósítás költségvetéshez igazítása
2006.11.15-2006.11.30.	Felhatalmazása a beszerzések megindítására
2006.12.01-2007.01.31.	Számítógéppont eszközeinek beszerzése
2006.12.01-2007.02.28.	Számítógéppont kiszolgáló infrastruktúrájának kiépítése
2006.12.15-2007.01.31.	Szolgáltatók informatikai felmérése (kérdőív)
2007.01.15-2007.03.01.	Portálmegoldás megtervezése
2007.02.01-2007.03.10.	Tesztrendszer kiépítése
2007.02.01-2007.02.15.	Szoftverszállítók konzultációja I.
2007.03.01-2007.03.10.	Portálmegoldás elkészítése, tesztelése és publikálása
2007.03.10-2007.03.31.	Szoftverszállítók konzultációja II.
2007.03.20-2007.03.31.	Szolgáltatók tájékoztatása, kiértékelése, jelszavak postázása
2007.03.10-2007.03.31.	Tesztrendszer üzemeltetése
2007.04.01-	Éles indulás

Mivel egyetlen téves „NEM” válasz is komoly indulatokat kelthetett volna a lakosság körében, számtalan külön projekt indult az adatbázis validitásának biztosítás érdekében. Az egyik ilyen projekt keretében, 2007.

<sup>10</sup> Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal.

áprilisában az OEP megkezdte azon személyek kiértékelését, akiknek a biztosított nyilvántartás szerint rendezetlen az egészségügyi ellátás igénybevételeire való jogosultságuk. Július végéig – több körben – közel 600 ezer db kiértékelés került kiküldésre, tájékoztatva az érintetteket a jogviszonyuk rendezetlenségéről.

A fentiek alapján kijelenthető, hogy a projekt igen komoly eredményeket ért el azzal, hogy a lakosság széles körében ismertté vált a biztosítási jogviszony meglétének fontossága. Az egészségügyi szolgáltatók segítségével azok is jogviszonyuk rendezésére kényszerültek, akik korábban nem foglalkoztak a kérdéssel. A projekt másik igen fontos eredménye, hogy a közös teherviselés igazságosabbá vált. A projekt indulásakor közel 1,2 millió állampolgárról nem lehetett tudni, van vagy nincs jogviszonya. A projekt három hónapi működése után ez a szám 550 ezerre csökkent. A jogosultság ellenőrzés, és a rendezetlen jogviszonyról szóló értesítés megkezdésekor az OEP nyilvántartása a jogviszonnal rendelkező személyek számára vonatkozóan, a fő jogviszonycsoportok szerinti összesítésben még éppen csak 9 milliónyi jogosultat mutatott, amely szám többek között a projekt tevékenysége alapján 3 hónap alatt az 1. táblázat szerint változott pozitív irányban:

Jogviszony csoport	2007.03.31.	2007.06.30.	Különbség
Foglalkoztatottak	2 827 632	2 990 790	163 158.
Vállalkozók, egyéni járulékot fizetők	456 471	360 504	-95 967
Nyugdíjasok	2 867 389	2 768 499	-98 890
Munkanélküli ellátások	318 323	365 906	47 583
Egyéb ellátottak	501 023	765 691	264 668
Tanulók/hallgatók	176 095	289 816	113 721
Kiskorúak	1 862 901	1 942 876	79 975
Összesen	9 009 834	9 484 082	474 248

1. TÁBLÁZAT - JOGVISZONY ADATOK VÁLTOZÁSA A PROJEKT ELSŐ HÁROM HÓNAPJA ALATT

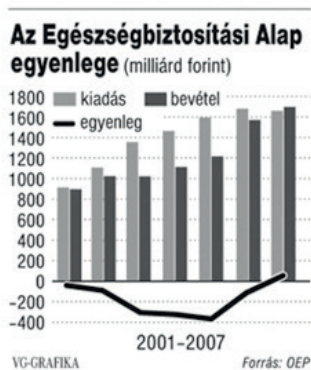
Összefoglalva elmondható, hogy a projekt egy sikertörténet, hiszen megmutatta, hogy az egészségügyi szolgáltatók informatikai szállítói felkészültek, a társadalmilag hasznos ügy mellé az egészségügyi szolgáltatók felsorakoztathatóak, a közigazgatás kevés erőforrásból is képes eredményt elérni, a járulékfizetési fegyelem szisztematikus és következetes ellenőrzéssel fokozható. A projekt indikátorainak alakulása a 2. táblázatban látható. A 2007. április 1-i éles indulást követő 17. napon már az egészségügyi intézmények 70 %-a képes volt elektronikusan jogviszonyt ellenőrizni és az éles üzem 150. napján ez a penetráció elérte a 85 %-ot. Jellemző a lelkesedésre, hogy a kórházak és rendelőintézetek mellet még 374 háziorvos is csatlakozott a rendszerhez, pedig számukra ez nem volt jogszabályi kötelezettség.

Indikátorok	2007. április 17.	2007. augusztus 27.
Lekérdezések száma 2007.04.01-től [db]	766 880	13 168 746
Adott napon a lekérdezések száma [db]	73 670	162 294
IGEN válaszok száma az adott napon [db]	65 301	154 609
NEM válaszok száma az adott napon [db]	7 387	6 385
IGEN válaszok száma 2007.04.01-től [db]	693 427	12 032 050
NEM válaszok száma 2007.04.01-től [db]	52 667	644 358
Nem válaszok aránya [%]	8	5
Adott napig összesen hány egészségügyi szolgáltató kérdezett [db]	343	795
Ebből jelenleg működő háziorvosi szolgálat [db]		374

2. táblázat PROJEKT INDIKÁTOROK ALAKULÁSA AZ INDULÁST KÖVETŐ 17. ÉS 150. NAPON

A jogviszony ellenőrzés nagyon egyszerűen működött, hiszen vagy egy zöld, vagy egy piros „lámpa” került kijelzésre az egészségügyi szolgáltatónál, az ott jelentkező beteg ellenőrzésekor, attól függően, hogy volt, vagy nem volt jogviszonya az illetőnek. Az ellenőrzés eredményének a közlésén kívül nem volt semmilyen feladata az egészségügyi személyzetnek illetve az orvosoknak, így az nagyon gyorsan beépült a mindennapok adminisztratív teendőinek sorába.

Volt még ennek a projektnek egy nagyon hasznos, de kevésbé ismert és publikált eredménye. Az E.Alap éves összege a korábbi időkben a parlamenti döntéstől függően került meghatározásra, mivel a járulékbefizetések összege kevesebb volt, mint az ellátásra szükséges, így azt az éves költségvetésnek kellett rendre kiegészítenie. Mivel a jogviszonyi adatbázis kialakítása és tisztítása során a különböző nem járulékfizető jogviszony csoportok (nyugdíjasok, tanulók, fiatalok, munkanélküliek, szociális ellátottak stb.) létszáma pontosra vált, lehetőség teremtődött a normatív alapokon meghatározott E.Alap tervezéshez. 2007-re már ezen elvek alapján történt az éves költségvetés tervezése, így az objektív számadatok szolgáltatása és az előre meghatározott normatívákkal kiszámolt állami hozzájárulás következtében az E.Alap egyenlege pozitívvá vált, ami a 3. ábra számadatai jól bizonyítanak.



3. ábra AZ E.ALAP EGYENLEGÉNEK ALAKULÁSA 2001-2007



## MELLÉKLET

### *Emlékeztető*

<b>Tárgy:</b>	Egyeztetés az Art. módosítással előírt havi adatszolgáltatáson alapuló egyéni adó és járulék nyilvántartásból történő adatszolgáltatással kapcsolatos eljárásról.
<b>Időpont:</b>	2005. november 8.
<b>Helyszín:</b>	APEH Széchenyi u. 2. sz. alatti irodaház.
<b>Jelen vannak:</b>	
Futó Iván	Informatikai Elnök-helyettes (APEH)
Ihász Katalin	(APEH)
Rába Ferenc	Informatikai Főigazgató-helyettes (ONYF)
Király Gyula	Informatikai és Nyilvántartási Főigazgató-Helyettes (OEP)
Soczóné dr. Farkasinszki Ildikó	Nyilvántartási és Ügyvitelszervezési Főosztály-vezető (OEP)

### A megbeszélésen jelenlévők az alábbi témákat tárgyalták meg:

**Futó Iván** elmondta, hogy a megbeszélést annak érdekében kezdeményezte, hogy tisztázásra kerüljön, hogy a társadalombiztosítási szerveknek pontosan mikor és milyen adatokra van szükségük a jogosultságok megállapítása, az ellátások folyósítása érdekében, a jövőben az APEH-hez beérkező havi egyéni járulékbevallásokból.

**Király Gyula** jelezte, hogy az OEP-nek az egészségbiztosítási jogviszonyok megállapításához nincs szüksége egyénre lebontott havi járulékbefizetési nyilvántartásra, annál is inkább mivel a jogviszony létrejötte az esetek nagy többségében korábbi dátumú, mint a járulékbefizetés megtörténte, illetve annak bevallása. Az ellátások folyósításához, illetve az utólagos ellenőrzéshez pedig elegendő a foglalkoztatói összesítő és a befizetések állapota, amelyből megállapítható, hogy az adott foglalkoztatónál az adott időpontban adott foglalkoztatott után ugyanilyen arányban történt meg a járulék befizetése. Amennyiben a pénzügyi ellátások megállapításának rendje változna, akkor is csak éves konszolidált adatokra lesz szüksége a szakterületnek, de ilyen irányú jogszabályváltozás jelenleg nincs napirenden.

Összegezve: az OEP-nél vezetett, egyéni jogviszony nyilvántartás teljes körű és naprakész működtetésének nem feltétele az APEH-nél kiépítésre kerülő egyéni járulékbevallási rendszer megléte. A két rendszer egymástól független feladatok ellátására szolgál, csak közvetett kapcsolatban áll egymással, éppen ezért azonban egyformán fontos mindkettő azonos színvonalon való megvalósítása és üzemeltetése.

**Rába Ferenc** kifejtette, hogy az ONYF részére sem szükséges a nyugellátások megállapításához a havi adatszolgáltatás a bevallási adatokról, sőt agyalyosnak tartja, hogy 2006. évet követően honnan fogják megkapni az ún. NYENYI adatszolgáltatást kiváltó konszolidált adatokat, mivel ilyen éves adatszolgáltatási kötelezettséget az Art. nem ír elő. Várhatóan a havonta átadott adatokból előállított éves adatok nem lesznek elégségesek a feladat maradéktalan ellátására, ezért azok jelentős része a közvetlen adatszolgáltató (APEH) részére az év végén visszaküldésre kerülnek javítás céljából.

**Soczóné dr. Farkasinszki Ildikó** elmondta, hogy az OEP számára a biztosítási jogviszonyok megállapításánál problémát jelent, hogy az Art. módosítással 2005. szeptember 1-től olyan jogi helyzet állt elő, mely szerint a foglalkoztató csak egy igen szűk adattartalmú bejelentést köteles megtenni a Egészségbiztosítási Pénztár felé, ebből pedig gyakorlatilag lehetetlen beazonosítani a jogviszony jellegét. Az APEH-től négy hónappal később megkapott adatok már csak az utólagos ellenőrzést teszik lehetővé, de egy esetleges korábbi ellátás folyósításánál megnehezítik a jogosultság megállapítását. Tájékoztatta a jelenlévőket, hogy az OEP ennek érdekében jogszabály módosítást kezdeményezett.

**Futó Iván** válaszában kifejtette annak a lehetőségét, hogy az APEH a jogszabályban előírtaknál korábban teljesítsen adatszolgáltatást az OEP felé.

A megbeszélés résztvevői megállapodtak, hogy az egyeztetésről emlékeztető készül.