		SZABÁLYZAT	E 4-01/07-F1/A Változat: 1
Tárgy: Díjfizetési Szabályzat 1/A függelék			Oldal: 1/4
Kidolgozta: Bodnár Tünde	Ellenőrizte: Zentai Péter	Jóváhagyta: Dr. Szűcs Attila	Jóváhagyás dátuma: 2023-05-01

Fontos tudnivalók a jogviszony-ellenőrzésről az egészségügyi szolgáltatók részére

Jogviszony-ellenőrzés

A jogviszony-ellenőrzés lényege, hogy jelenleg valamennyi közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató jogszabályi kötelezettségnek eleget téve, minden orvos-beteg találkozó alkalmával on-line módon ellenőrzi, hogy a beteg szerepel-e az egészségbiztosítónál vezetett nyilvántartásban.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (továbbiakban: Vhr.) 12/B. § rendelkezése alapján: a „finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató - a védőnői szolgáltatást, otthoni szakápolást, iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátást, mozgó szakorvosi szolgálatot teljesítő szolgáltató, valamint a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai és kórszövettani vizsgálat és boncolás kivételével - (e § alkalmazásában a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató) **az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően**, transzplantáció esetén a transzplantáció céljából történt fekvőbeteg-gyógyintézeti felvételkor az ellátás igénybevételét megelőzően, **a TAJ-t igazoló hatósági igazolvány bemutatását**, vagy ennek hiányában az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdésében meghatározott adatok hitelt érdemlő igazolását követően, **a NEAK nyilvántartásában közvetlenül elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy az Ebtv. 29. § (4) bekezdésében meghatározott személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e.** „

Az ellátást megelőzően (kivételeket a jogszabály rögzíti) on-line módon, **TAJ alapján megvizsgálja, hogy az NEAK nyilvántartása szerint rendezett-e a beteg jogviszonya.**


Fontos!

A jogviszony-ellenőrzés eredményétől függetlenül minden érvényes TAJ számmal rendelkező (zöld és piros) betegnek meg kell kapnia a szükséges egészségügyi ellátást. Amennyiben az ellenőrzés eredményeként kiderül, hogy a beteg jogviszonya rendezetlen –azaz „Piros lámpát kapott”, a közfinanszírozott ellátás nyújtását akkor sem tagadhatja meg az egészségügyi szolgáltató, és nem térítheti meg a beteggel az ellátás (gyógyszer, segédeszköz, stb. teljes árát) költségét.

Jogviszony-ellenőrzést valamennyi egészségügyi szolgáltató köteles végezni. Ez on-line módon történik, a szolgáltató – (az orvos) – a beteg TAJ számának megadásával az NEAK nyilvántartási rendszerén keresztül végzi el az ellenőrzést. A jogviszony-ellenőrzőinformatikai rendszer az alábbi jelzéseket adhatja a szolgáltatóknak a jogviszony függvényében:

Az egészségügyi ellátórendszert érintő jelentős változás, hogy a természetbeni egészségügyi ellátások csak abban az esetben vehetőek igénybe a betegek által térítésmentesen, ha biztosítási jogviszonyuk rendezett.

Abban az esetben, amennyiben az ellátást igénybe venni szándékozó egyéni járulékfizetésre kötelezett személy nem tesz eleget járulékfizetési kötelezettségének, és így több mint hat havi tartozása keletkezik, a NEAK a Nemzeti Adó és Vámhivatal (NAV) adatszolgáltatása alapján érvényteleníti a TAJ számot, azaz az ellátandó személy online jogviszony ellenőrzése során „N” barna jelzés érkezik válaszként. Ők, mint minden egyébként barna lámpaszínnel rendelkező személy, az egészségügyi szolgáltatásokat csak térítés ellenében vehetik igénybe. Ugyanakkor az „N” kódú személyek esetében – a többi TAJ kijelzéstől eltérően – más elszámolási szabályok irányadóak.

		SZABÁLYZAT	E 4-01/07-F1/A Változat: 1
Tárgy: Díjfizetési Szabályzat 1/A függelék			Oldal: 2/4
Kidolgozta: Bodnár Tünde	Ellenőrizte: Zentai Péter	Jóváhagyta: Dr. Szűcs Attila	Jóváhagyás dátuma: 2023-05-01

Érvénytelen TAJ számot jelentő lámpaszínek és kódjaik:

KÉK lámpaszín, „K” kód: külföldi biztosító által biztosított személyek, akik TAJ száma a külföldi biztosítás időtartamára érvénytelen. Ők a külföldi biztosító által kiállított jogosultságigazolással pl. EU Kártya, S2 nyomtatvány felmutatásával térítés nélkül vehetik igénybe az ellátást, melyet a NEAK felé „0E” térítési kategóriában kell jelenteni. Jogosultságigazolás nélkül az intézmény saját térítési díjszabályzatában meghatározott összeget kötelesek fizetni az ellátásért, melyet a NEAK felé „04” térítési kategóriában kell jelenteni.


Barna lámpaszín, „B” kód (medikai rendszerünkben barna színjelzés): egyéb okból érvénytelen jogviszonyt jelent, mely esetben az intézmény saját térítési díjszabályzatában meghatározott összeget kötelesek fizetni az ellátásért, melyet a NEAK felé „04” térítési kategóriában kell jelenteni. Ilyen személyek lehetnek pl. a más országban letelepedett magyar állampolgárok, akik a magyar lakóhelyüket megszüntették, vagy akik még nem szereztek jogosultságot a biztosítási jogviszony létesítésére, vagy azon külföldi munkavállalók, akiknek a magyarországi munkavégzése és ezzel a jogviszonya megszűnt.

Barna lámpaszín, „N” kód (medikai rendszerünkben narancssárga színjelzés): 2020. július 1. napjától a NAV az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személyek által teljesített járulék befizetést külön tartja számon, és ha az elmaradás a hat havi összeget meghaladja, úgy – jogszabályi rendelkezés alapján – jelzést küld erről a tényről a NEAK-nak. **Az érvénytelenítés kódja „N”, azaz érvénytelen NAV járuléktartozás miatt.**

Esetükben **a sürgősségi ellátás igénybevétele során** az ellátás térítési díját NEM az intézmény saját térítési szabályzata alapján kell meghatározni, hanem az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben meghatározott díjtételek alapján kell meghatározni azt a díjat, amelyet egyébként a NEAK **alapdíjon fizetett volna** az ellátásért. Fontos az is, hogy ez az összeg a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII.19.) EMMI rendelet 2. § (2) bekezdése értelmében ellátási esetenként nem haladhatja meg 750.000.- Ft, azaz hétszázötvenezer forintot. Az ellátásokat a NEAK felé szintén „04” térítési kategóriában kell jelenteni.

A fentiek alkalmazása során egy ellátási esetnek egy finanszírozási esetet kell tekinteni. Fontos az is, hogy a beteg általi fenti módon történő térítési kötelezettség csak a sürgős szükség körébe tartozó esetekre vonatkozik, azaz azokra az ellátásokra, amelynek elmaradása esetén a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § i) pont). Az így igénybevett ellátások díja akkor sem igényelhető vissza, ha az ellátott utóbb elmaradt járulékfizetési kötelezettségének eleget tesz.

Az ellátott személy jogosultságát minden esetben az ellátás igénybevétele megelőzően kell ellenőrizni (fekvőbeteg-szakellátás esetén a felvétel napján, de legkésőbb a felvételt követő első munkanapon) és figyelembe venni. E napi állapot szerint kell megállapítani, hogy a beteg az ellátást térítés ellenében vagy az E. Alap terhére jogosult igénybe venni. Amennyiben az ellátás során válik jogviszonya érvényessé, akkor is az ellátás kezdő napján érvényes állapotot kell figyelembe venni, tekintettel arra, hogy a tartozás utólagos megfizetése nem eredményezi a TAJ szám visszamenőleges érvényességét. Amennyiben az

		SZABÁLYZAT		E 4-01/07-F1/A Változat: 1
Tárgy: Díjfizetési Szabályzat 1/A függelék			Oldal: 3/4	
Kidolgozta: Bodnár Tünde	Ellenőrizte: Zentai Péter	Jóváhagyta: Dr. Szűcs Attila	Jóváhagyás dátuma: 2023-05-01	

ellátás során válik a jogviszony érvénytelenné, akkor is az ellátás kezdetekor érvényes jogviszonyt kell figyelembe venni, még abban az esetben is, amennyiben az ellátás több hónapig tart.

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999.(III.3.) Korm. rendelet (továbbiakban: KR) 2021. május 27. napjától hatályos módosításának megfelelően az „N” kódú érvénytelen jogviszonnyal rendelkező személyek részére **sürgős szükség miatt** nyújtott ellátások **750.000,- Ft feletti részét (ellátási díj különbözete)** a NEAK finanszírozza.

Az ellátási díj különbözetének finanszírozási igényét az egészségügyi szolgáltatónak külön jeleznie nem kell, az ellátásra vonatkozó teljesítményjelentési szabályokra és az ellátási díj különbözetének megállapítására a KR-ben foglaltak irányadóak.

Fontos változás továbbá, hogy az ellátott által megfizetendő térítési díjra vonatkozóan „S” térítési kategóriában az ellátás nem jelenthető finanszírozásra.

A NAV járuléktartozás miatt barna lámpaszínt (N) kapó személyek által igénybevett **tervezett**, azaz nem sürgősségi ellátások díja megegyezik az egyéb okból barna lámpa színt kapó személyekével, azaz azt az intézményi térítési díjszabályzat szerint díj mértékével egyezően kell a betegnek megtéríteni, és a szolgáltatónak a NEAK felé „04” térítési kategóriában jelenteni.

- **ZÖLD - TAJ** érvényes, jogviszonya **rendezett** jelzést;
- **PIROS - TAJ** érvényes, jogviszonya **rendezetlen** jelzést;
- **KÉK - TAJ** **külföldön biztosított**, a TAJ átmenetileg érvénytelen jelzést;

Az átmenetileg érvénytelen TAJ - számmal rendelkező - külföldön biztosított - személyek esetében közfinanszírozott egészségügyi ellátást TAJ-ra nem vehetnek igénybe. Külföldi biztosító által kiadott, érvényes Európai Unió egészségbiztosítási kártyára orvosilag szükséges ellátás nyújtható térítésmentesen.

- **BARNA - TAJ** egyéb okból **érvénytelen** jelzést. Ebben az esetben az egészségügyi szolgáltatások csak térítés mellett vehetők igénybe.

A jogviszony-ellenőrzés során követendő lépések

TAJ-szám, vagy – ha a TAJ-t igazoló okmány nem áll rendelkezésre – az egyéb személyazonosító adatok alapján kell elvégezni a jogviszony-ellenőrzést. A TAJ validitásának ellenőrzése nem azonos a jogviszony-ellenőrzéssel.

Az ellenőrzésnek az ellátás nyújtása előtt kell megtörténnie, míg ha a beteg állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, a jogviszony-ellenőrzés közvetlenül a szolgáltatás igénybevétele után is elvégezhető, az alábbiak szerint:

- A **fekvőbeteg-szakellátás ellátás** esetén a Vhr. 12/B. § (6) bekezdése értelmében, legfeljebb annak kezdetét követő első munkanapon köteles ellenőrizni a beteg jogviszonyát.
- **Kúraszerű ellátás** esetén Vhr.12/B. § (7) bekezdése alapján a kúra teljes ideje alatt havonta egy alkalommal a kezelést megelőzően tesz eleget a szolgáltató a jogszabályban előírtaknak.



SZABÁLYZAT

E 4-01/07-F1/A
Változat: 1

Tárgy: Díjfizetési Szabályzat 1/A függelék			Oldal: 4/4
Kidolgozta: Bodnár Tünde	Ellenőrizte: Zentai Péter	Jóváhagyta: Dr. Szűcs Attila	Jóváhagyás dátuma: 2023-05-01

Viszont a szolgáltató köteles egy, az NEAK honlapjáról letöltött értesítő átadásával a betegnek tájékoztatást adnia a jogviszony rendezetlenségéről, amennyiben belföldi jogállású személyről van szó. Hangsúlyozandó, hogy a beteg jogviszonyának hiánya miatt az NEAK nem szankcionálja az egészségügyi szolgáltatót.

A korábban megszokott átvételi nyilatkozat helyett csak egy, a jogviszony hiányának tényét közlő – az NEAK honlapjáról letölthető – ÉRTESÍTÉS -t köteles a szolgáltató átadni a betegnek, ha annak nincs jogviszonya. Az értesítés nem része a betegdokumentációnak.

A jogviszony-ellenőrzés finanszírozási vonzata

A kormányrendelet 4/A. § alapján

„4/A. § (1) A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 12/B. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatóknak a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott **ellenőrzési kötelezettsége elmulasztása esetén** - a (3) bekezdésben foglaltak kivételével - **a szolgáltató részére az adott ellátás után járó összeg 10%-a, de legfeljebb 1000 forint levonásra kerül.**”

A levonás mértékéről a háziorvosi szolgáltatók és a fogászati ellátást nyújtó szolgáltatók esetében részletesen a 4/A. § (3) bekezdése rendelkezik.

A 4/A. § (4)-(5) bekezdése értelmében a háziorvosi szolgáltatók, a fogászati szolgáltatók, a járóbeteg-szakellátást, illetve fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók, **ellátási esetenként 50 forint ellenőrzési díjra** jogosultak.

A díjazás szempontjából **egy ellátási esetnek minősül** járóbeteg-szakellátás esetében egy biztosított egy egészségügyi szolgáltatónál egy napon történt ellátása, fekvőbeteg-szakellátás esetében ápolási esetenként az ellenőrzés elvégzésére a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott nap.

Milyen segítséget nyújt az NEAK az egészségügyi szolgáltatóknak?

Annak érdekében, hogy az érintett szolgáltatók eleget tudjanak tenni kötelezettségüknek és csatlakozzanak az NEAK jogviszony-nyilvántartási ellenőrző rendszeréhez, az egészségbiztosító az alábbi segítséget nyújtja:

Az NEAK – a jogszabályban előírtaknak megfelelően – interneten időbeli korlátozás nélkül elérhető szolgáltatást biztosít. Ennek segítségével a szolgáltató interneten keresztül biztonságos adatkapcsolat útján tudja ellenőrizni az ellátottak jogviszonyát.

A szolgáltatók informatikai rendszerét fejlesztő, karbantartó vállalkozások részére az NEAK átfogó tájékoztatást ad, hogy felkészíthessék a szolgáltatók informatikai rendszerét az automatikus jogviszony-ellenőrzés elvégzésére.

Az OJOTE rendszer elérési címe:

<https://jogviszony.neak.gov.hu/ojote/app/>

Az on-line jogviszony-ellenőrzéshez kapcsolódóan a korábban megszokottaknak megfelelően **az NEAK mind a szolgáltatók, mind a rendszerfejlesztők számára e-mailes helpdesk szolgáltatást működtet.**

A jogszabályokban kötelezettségként megjelenő jogosultság ellenőrzési feladatok végrehajtásával összefüggésben felmerülő feladatok végrehajtásának hatékony támogatása érdekében az alábbi elektronikus levélcímen várjuk kérdéseiket:

helpdesk@NEAK.gov.hu

FORRÁS: NEAK honlapján lévő tájékoztatók