

1997. évi LXXXIII. törvény

a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

Az Országgyűlés az Alkotmányban foglalt elvekből kiindulva, az esélyegyenlőség érdekében az állampolgárok számára az egészségük megőrzéséhez, helyreállításához és egészségi állapotuk javításához szükséges egészségügyi ellátásra, továbbá a foglalkoztatottak betegsége miatt kieső jövedelmük részleges pótlására a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint azok igénybevételének szabályairól a következő törvényt alkotja:

I. Fejezet

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A törvény hatálya

1. § (1) A törvény hatálya

a) a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) szerint biztosított, továbbá egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, valamint baleseti ellátásra és szerződés alapján egyes egészségbiztosítási ellátásokra jogosult személyekre,

b) a Tbj. szerint társadalombiztosítási járulékot fizető személyekre és szervezetekre,

c) az egészségbiztosítási ellátások teljesítésében szerződés alapján részt vevő szolgáltatókra,

d) az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) finanszírozott ellátásokra terjed ki.

(2)

Alapelvek

2. § (1) Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások - e törvény keretei között és az e törvény felhatalmazása alapján kiadott finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek figyelembevételével - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.


(2) A pénzbeli egészségbiztosítási ellátások - az e törvényben foglalt kivételekkel - a pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel arányosan vehetők igénybe.

3. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.

(2) Az egészségügyi szolgáltatásra hajléktalanként jogosult személyt az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásai külön jogszabályban meghatározott feltételek szerint illetik meg.

4. § Az állam az e törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők.

5. § Az egészségbiztosító tájékoztatja a biztosítottat jogairól és kötelezettségeiről, segítséget nyújt igénye érvényesítéséhez.

 5/A. § Az utazási költségtérítéssel, a külföldön történő gyógykezeléssel összefüggő eljárásokkal, a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokkal, a méltányosságból igénybe vehető pénzbeli ellátásokkal (ideértve az egyszeri segélyt is) kapcsolatos ügyekben, valamint a Tbj. 13. §-a alapján indult eljárásokban az elektronikus kapcsolattartás kizárt, kivéve ez utóbbi esetben az európai egészségbiztosítási kártyával és az alkalmazandó jogszabályok meghatározásával kapcsolatos eljárásokat.

Fogalom meghatározások

5/B. § E törvény alkalmazásában

a) *biztosított:*

aa) az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 13. §-a és 16. §-ának (1) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,

ab) az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,


ac) a baleseti táppénz és baleseti járadék tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított és a Tbj. 15. §-ának (1) bekezdésében meghatározott személy,

ad) a baleseti egészségügyi szolgáltatás tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 15. §-ának (1) és (2) bekezdésében meghatározott személy,

b) *egészségügyi szolgáltató:* a külön jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet,

c) *gyógyszertár:* a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény hatálya alá tartozó gyógyszerertár,

d) *gyógyszer:* az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 1. §-ának 1. pontjában meghatározott termék és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer,

 e) *gyógyászati segédeszköz:* a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 3. §-ának 6. pontja szerinti eszköz,

 f)

g) *gyógyászati ellátás:* az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló rendeletben meghatározott ellátás,


h) *közeli hozzátartozó:* a házastárs, az élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér,


i) *közös háztartás:* a Tbj. 4. §-ának x) pontjában foglaltak szerinti szállás-, lakó- és tartózkodási hely,


j) *központi várólista:* a külön jogszabályban meghatározott nagyköltésű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, továbbá a szerv, illetve vészejtkepző összejt átültetésére váró betegek listája (transzplantációs várólista),

k) *intézményi várólista:* az adott fekvőbeteg ellátó intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék, amely - a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével - az egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében, továbbá tartós kapacitáshiány esetén kerül kialakításra [a j) és k) pont a továbbiakban együtt: várólista],

l) *egészségbiztosító:* az egészségbiztosítási szerv,

 m) *betegfogadási lista:* az adott járóbeteg szakellátó intézményben - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást - a betegellátás sorrendjét szakrendelésenként, az ellátás igénybevételének időpontjával meghatározó lista,

 n) *próbavásárlás:* az egészségbiztosító és az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság által végzett olyan helyszíni ellenőrzés, melynek során az ellenőrzést végző személy vásárlói szerepben vagy - a gyógyító-megelőző egészségügyi ellátás kivételével - szolgáltatást igénybe vevő szerepben lép fel,

 o) *gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológia:* az egészség megőrzésére, helyreállítására, illetve az egészségi állapot diagnosztizálására irányuló tevékenységek, illetve ezek kapcsán felhasznált eszközök, anyagok összessége, ide nem értve gyógyászati segédeszköz alkalmazását és gyógyszer gyógyító-megelőző ellátáson kívüli alkalmazását.

Egészségbiztosítási ellátásra jogosultak

6. § (1) A Tbj. szerint biztosított személy valamennyi, e törvényben szabályozott ellátásra jogosult.

(2) A II. és III. fejezet alkalmazásában a Tbj. szerinti biztosítottal azonos ellátás illeti meg a Tbj. szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeket, ideértve azokat a személyeket is, akik után a központi költségvetés egészségbiztosítási járulékot fizet.

(3) A baleseti ellátás tekintetében a Tbj. szerinti biztosítottal azonos ellátás illeti meg a Tbj. szerint baleseti ellátásra jogosult személyeket.

(4) A baleseti egészségügyi szolgáltatások tekintetében a Tbj. szerinti biztosítottal azonos ellátás illeti meg a Tbj. szerint baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeket.

7. § Azok a személyek, akik az egészségbiztosítás körébe tartozó egyes ellátásokra a Tbj. szerint megállapodást kötöttek, a megállapodás tárgyát képező ellátás tekintetében a Tbj.-ben, illetőleg az e törvényben foglalt kivételekkel a biztosítottal esnek egy tekintet alá.

8. § Államközi vagy kormányközi egyezmény, illetve viszonyosság alapján igénybe vett egészségbiztosítási ellátások tekintetében e törvény rendelkezéseit az abban foglalt eltérésekkel kell alkalmazni. A viszonyosság fennállása tekintetében a külpolitikáért felelős miniszter állásfoglalása irányadó.

8/A. § (1) E törvény rendelkezéseit a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet (a továbbiakban: Közösségi rendelet) hatálya alá tartozó személyekre és ellátásokra a Közösségi rendeletben meghatározott módon kell alkalmazni.

(2) E törvény rendelkezéseit a nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó személyre az egyezmény szabályai szerint kell alkalmazni.

Egészségügyi szolgáltatók

9. § Az e törvényben foglalt egészségügyi szolgáltatások az egészségbiztosítóval az adott szolgáltatásra finanszírozási szerződéssel rendelkező (a továbbiakban: finanszírozott) egészségügyi szolgáltatónál vehetők igénybe.

II. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAI

1. Cím

Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

I. A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások

10. § (1) A biztosított a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások keretében az alábbi vizsgálatokra jogosult:

a) az újszülött egészséges fejlettségét ellenőrző, az esetleges károsodások korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokra;

b) a 0-6 éves korosztály

ba) életkoruknak megfelelően az anyagcserére, az érzékszervek működésére, az értelmi képességre vonatkozó, valamint teljes körű fizikális szűrővizsgálata,

bb) a fogazati rendellenességek felismerését célzó vizsgálatra, valamint a teljes fogászati státus rögzítésére,

bc) az életkornak megfelelő fejlődésre és az érzelmi állapotra vonatkozó vizsgálatokra,

bd) a környezeti tényezők rizikófaktorai által indukált megbetegedések megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokra;

c) a 6-18 éves korosztály - ideértve a 18 év feletti nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevő személyeket is - *a b)* pontban foglaltakon túl

ca) az iskola- és ifjúságegészségügyi ellátás keretében végzett szűrővizsgálatokra;

cb)

d) a 18 éven felüli korosztály

da) az életkornak és nemnek megfelelő rizikófaktorok által indukált betegségek tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében nevesített szűrővizsgálatokra az ott meghatározott gyakorisággal,

db) *a bd)* pontban foglalt vizsgálatokra, ide nem értve a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa által végzett munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat és az ahhoz szükséges további járóbeteg-szakellátásokat,

dc) évente egy alkalommal fogászati szűrővizsgálatra;

e) életkortól függetlenül sportegészségügyi vizsgálatokra, kivéve a hivatásos sportoló sportegészségügyi ellátását.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglaltakon túl jogosult a betegsége várható következményeinek, illetve szövődményeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzésére is.

(3) Jogszabály a térítésmentes ellátásra való jogosultságot az (1) bekezdésben foglalt szűrővizsgálaton való részvételhez kötheti, illetve azok elmulasztása esetén az azzal összefüggő ellátások igénybevételét részleges térítési díjhoz kötheti.

(4) Az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatások közül a biztosított a betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szolgáltatásokat - az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott gyakorisággal - a biztosított kezdeményezésére vagy egészségügyi ellátása során, illetve a háziorvos vagy a kezelőorvos beutalása, továbbá a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató értesítése alapján veheti igénybe. A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok esetében az értesítést a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató vagy az egészségügyi államigazgatási szerv küldi ki.

II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások

Háziorvosi ellátás

11. § (1) A biztosított a háziorvosi, házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) ellátás keretében a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel jogosult

a) az egészséges életmód segítését szolgáló tanácsadásra és egészségügyi állapotának folyamatos figyelemmel kísérésére,

b) betegsége esetén a háziorvosi rendelőben, illetve amennyiben egészségi állapota indokolja az otthonában történő orvosi vizsgálatra és gyógykezelésre - ideértve az ellátás során felhasznált, az elsősegély keretében alkalmazott gyógyszer (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is -,

c) a háziorvos által kezdeményezett, a biztosított otthonában történő szakorvosi vizsgálatra és véleményre,

d) krónikus betegsége esetén háziorvosi gondozásra, életvezetési tanácsadásra és a gyógykezeléshez szükséges, a biztosított vagy a gondozását végző személy által használt diagnosztikus és terápiás eszközök használatának megtanítására,

e) a háziorvos rendelése szerint az alapellátás keretében végzett szakápolásra,

f) keresőképességének elbírálására,

g) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvéleményre, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására irányul.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatásokat

a) a külön jogszabály szerint választott háziorvosánál veheti igénybe,

b) amennyiben választott háziorvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató háziorvosánál veheti igénybe, amelynek ellátási területén tartózkodási helye van.

Fogászati ellátás

12. § (1) A biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyt - a fogászati ellátás keretében jogosult

a) 18 éves életkorig, ezt követően a középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán folytatott tanulmányok ideje alatt, valamint a terhesség megállapításától a szülést követő 90 napig teljes körű alap- és szakellátásra, ide nem értve a technikai költségeket,

b) 18 éves életkor felett sürgősségi ellátásra, fogsebészeti ellátásra, fogköeltávolításra és az ínyelváltozások kezelésére,

c) 60 éves életkor felett a b) pontban foglaltakon túl teljes körű alapellátásra és szakellátásra, ide nem értve a technikai költségeket,

d) az életkortól függetlenül az alapbetegséggel kapcsolatos fog- és szájbetegségek kezelésére, szakorvosi beutaló alapján fogászati göckeresésre,

e) a külön jogszabály szerinti fogmegtartó kezelésre.

(2) A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy a fogászati ellátás keretében térítésmentesen jogosult sürgősségi ellátásra.

Járóbeteg-szakellátás

13. § A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve az ellátás során felhasznált - az ellátás finanszírozása során figyelembe vett - gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges orvosi szakvéleményre, gondozásra és külön jogszabályban meghatározott esetekben a keresőképességének elbírálására

- a) a háziorvos, a járóbeteg-szakellátás és a külön jogszabályban meghatározott egyéb orvos (a továbbiakban: beutaló orvos) beutalása alapján,
- b) az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben jogszabály az adott szakellátás beutaló nélkül történő igénybevételét lehetővé teszi,
- c) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvélemény adására, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányul.

Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás

14. § (1) A biztosított betegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott orvos beutalása alapján jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra.

(2) A biztosított a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretén belül a 19. § (1) bekezdésében foglaltak szerint jogosult

- a) a betegsége megállapításához szükséges vizsgálatokra,
- b) az orvos előírása szerinti gyógykezelésre - ideértve a műtéti beavatkozásokat és az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket is - és gyógyászati ellátásra,
- c) a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre - ideértve a vérkészítményeket is -, kötszerre és ideiglenes gyógyászati segédeszközre, továbbá a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,
- d) a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra, továbbá az otthonába történő távozást követő időre vonatkozó életvezetési tanácsadásra, valamint diétás tanácsadásra,
- e) étkezésre, ideértve az orvos által rendelt diétát is,
- f) a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.

(3) A biztosított külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra és otthoni hospice ellátásra.

(4) A biztosított jogosult társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányuló orvos szakértői véleményt megalapozó kivizsgálásra.

III. Egyéb egészségügyi szolgáltatások

Szülészeti ellátás

15. § (1) A biztosított a 14. § rendelkezései szerint jogosult a magzat méhen belüli gyógykezelésére, továbbá szülészeti ellátásra és terhességének orvosi indikáció alapján történő megszakítására. A biztosított külön jogszabály rendelkezései szerint jogosult anyatejellátásra.

(2) A biztosított orvosi indikáció alapján külön jogszabályban foglalt feltételekkel jogosult a meddőség kezelésére.

Orvosi rehabilitáció

16. § (1) A biztosított az orvosi rehabilitáció keretében jogosult

- a) orvos előírása szerinti vizsgálatra, gyógykezelésre, gyógyászati ellátásra és foglalkoztatás-terápiára,
- b) az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott esetekben szanatóriumi ellátásra,
- c) amennyiben az orvosi rehabilitációra fekvőbeteg-gyógyintézetben kerül sor, illetve a b) pontban foglalt esetben a 14. § (2) bekezdés c)-f) pontjaiban foglalt ellátásokra és gyógyászati ellátásra,
- d) szenvedélybetegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott rehabilitációs ellátásra.

(2) A biztosított - külön jogszabályban foglaltak szerint - jogosult egészségügyi beavatkozást követő rekonstrukcióra, továbbá funkciózavart okozó veleszületett vagy szerzett testi rendellenességek korrekciójára a 13-14. §-ban foglaltak szerint.

Betegszállítás, mentés

17. § (1) A biztosított - beutalás szerinti intézményben végzendő - orvosi vizsgálata vagy gyógykezelése, illetve egészségügyi intézményből tartózkodási helyére történő elbocsátása céljából jogosult betegszállításra,

a) amennyiben egészségi állapota miatt szállítása másként nem oldható meg, és a szállításra beutalásra jogosult orvos rendelése alapján kerül sor,

b) a szállítás külön jogszabályban foglalt kúraszerű kezelés céljából történik.

(2) A biztosított jogosult a külön törvényben meghatározott mentés igénybevételére.

IV. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó közös rendelkezések

18. § (1) A biztosítottat az e törvény szerint járó egészségügyi szakellátásra a finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa vagy külön jogszabályban meghatározott feladatot ellátó orvos a külön jogszabályban meghatározottak szerint utalhatja be.

(2) A biztosított ellátását nem tagadhatja meg a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltató, továbbá az a szolgáltató, amely a beutaló orvos előzetes jelzése alapján az ellátást vállalta.

(3) A biztosított területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és az ellátásra az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

(4) A szolgálati jogviszonyban álló és egyes külön jogszabályban meghatározott tevékenységet végző biztosítottak külön jogszabályban meghatározott rendben, valamint a fogva tartott személyek külön jogszabályban meghatározott rendben és feltételek szerint jogosultak az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére.

(5) A gyógyító céllal rendelhető finanszírozott ellátások keretében - a (6) bekezdésben foglalt kivételekkel - valamennyi szakmailag indokolt beavatkozás elvégezhető.

(6) Nem vehetők igénybe az E. Alap terhére:

a) az Eütv. 142. §-a

aa) (2) bekezdése a) pontjában meghatározott ellátások,

ab) (3) bekezdésének c)-i) pontjában meghatározott ellátások,

b) a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok,

c) a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,

d) a külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor,

e) a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások,

f) hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása,

g) a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,

h) a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel,

i) az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,

j) a g)-i) pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,

k) a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kivételével a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása,

l) a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások,

m) a biztosított kísérőjének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül,

n) a járművezetői alkalmassági vizsgálatok,


o) a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok,

p) alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,

q) alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett érvizsgálatok,

r) láttelek kiadása,

s) a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 307. §-ának (2) bekezdése szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,

 t) a biztosított nem kötelező védőoltással történő immunizálása, kivéve, ha a külön jogszabály szerinti védőoltás térítésmentes,

u) az a)-t) pontban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

(7) A (6) bekezdésben meghatározott ellátások körébe tartozó beavatkozásokat az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben állapítja meg.

(8)

(9)

(9) A járóbeteg-szakellátást, valamint a fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató - a külön jogszabályban meghatározott esetek kivételével - a biztosítottat - magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott - elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti OENO-kóddal együtt),

b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,

c)

d) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

(10) A fekvőbeteg-gyógyintézet a biztosítottat elbocsátásakor - magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott - elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti BNO- és HBCs-kóddal együtt),

b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,

c) az ellátási napok számáról,

d) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

(11) Az elszámolási nyilatkozatot egy példányban kell kiállítani, amelyen a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy a biztosított az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt elszámolási nyilatkozatot a biztosítottnak át kell adni, ennek tényét az egészségügyi szolgáltató elektronikus formában rögzíti.

(12)-(14)


18/A. §


19. § (1) Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. Ha a biztosított állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik, a kezelőorvos a finanszírozási eljárási rendben, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól eltérhet. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére a 23. § f) pontjának figyelembevételével térhet el a finanszírozási eljárási rendben, illetve a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól.

(2) Amennyiben az adott ellátás tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter nem határoz meg finanszírozási, illetőleg vizsgálati és terápiás eljárási rendet, a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, a szolgáltatónál rendelkezésre álló mindazon finanszírozott vizsgálati és terápiás ellátásra jogosult, amely egészségi állapotának lehetséges mértékű helyreállításához szükséges.

(3) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosított - a 23. § b) pontjában foglaltak figyelembevételével - a finanszírozott egészségügyi szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos helyett másik orvost igényelhet, amennyiben azt a biztosított egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki, azzal, hogy ezt a szabályt az egészségügyi szolgáltatónál nem munkaviszonyban, illetve közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott orvos választására is alkalmazni kell.

(4) A biztosított, amennyiben a vizsgálatok eredményét vitatja, vagy a javasolt vizsgálati, illetve terápiás módszerrel nem ért egyet, egy további orvosi szakvéleményre és javaslatra jogosult.

 **19/A. §** (1) A gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadása külön jogszabály szerinti eljárásban történik.

 (2) A gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért - az egészségbiztosításért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott - igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni.

20. § (1) A finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett szolgáltató

a) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, figyelemmel a (3) bekezdésben foglaltakra is - a (2) bekezdésben meghatározott esetben intézményi várólista alapján teljesíti,

b) a járóbeteg-szakellátások elvégzését a külön jogszabály szerinti betegfogadási lista alapján teljesíti, és az a) és b) pont szerinti teljesítésről, valamint az azonnali ellátásokról külön jogszabályban meghatározott módon rendszeres jelentést küld az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság részére.

(2) Intézményi várólistát kell kialakítani

a) külön jogszabály szerinti ellátások esetén,

b) az a) pont hatálya alá nem tartozó esetben akkor, ha a biztosított ellátására tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség.

☞ (3) Amennyiben a kezelőorvos a biztosított részére az (1) bekezdésben szereplő ellátást rendel, a biztosított az ellátásra a várólistára, illetve betegfogadási listára történő felkerülés időpontja szerint jogosult. Az így meghatározott időponttól eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, illetve a biztosított kérése alapján lehet. Az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeit és szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben szabályozza.

☞ (4)

(5) A transzplantációs várólistára való felvételre jogosult:

a) a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,

b) a Tbj. 16. §-ának (1) bekezdése alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,

c) az a)-b) pont hatálya alá nem tartozó személyek közül az, akinek egészségbiztosítója az ellátás igénybevételét a Községi rendelet 22. cikke 1. bekezdésének c) pontja, illetve kétoldalú egyezmény alapján előzetesen, vagy az egyezményben meghatározottak szerint engedélyezte.

(6) A biztosított jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és - a kezelőorvos javaslata alapján - elvégzetetésére, amelyek a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükségesek.

☞ (7) Az egészségügyi államigazgatási szerv területileg illetékes szerve köteles megvizsgálni, hogy az egészségügyi szolgáltató megfelel-e a működési engedély kiadásának feltételéül külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételeknek, amennyiben a várólista szakember, gép, műszer, orvostechnikai eszköz hiánya miatt hosszú.

☞ (8) A biztosítottat a várólistáról vagy betegfogadási listáról törölni kell, ha egészségi állapotában olyan változás áll be, amely az adott beavatkozás elvégzését véglegesen lehetetlenné vagy orvosszakmai szempontból indokolatlanná teszi.

20/A. § (1) A várólista az adott egészségügyi ellátásra besorolt biztosítottak legfontosabb személyazonosító adatait (családi és utónév, anyja neve, nem, születési év, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel), az ellátásra való jogosultság sorrendjét, valamint az ellátás várható, illetve - amint ismertté válik - pontosan meghatározott időpontját tartalmazza. A biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. A várólistán szereplő adatokat és a biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelésére vonatkozó jogszabályokban meghatározott rendelkezések szerint kell kezelni. Várólista vezetésére az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság által külön jogszabályban meghatározott módon minősített szoftvert kell alkalmazni.

(2) A központi várólistát kormányrendeletben kijelölt szerv működteti. A kormányrendeletben kijelölt szerv a működtetéshez a külön jogszabályban meghatározott közreműködőt vehet igénybe. Az intézményi várólistát az adott ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató szervezeti és működési szabályzatában e feladatra kijelölt személy vezeti.

(3) A várólista adatai - kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon - intézményi várólista esetében az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, központi várólista esetén a kormányrendeletben kijelölt szerv honlapján megtekinthetőek, ebben a formájukban nyilvánosak. A transzplantációs várólista kivételével az ellátás igénybevételének várható időpontját is közzé kell tenni. Az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság honlapjáról a várólista alapján ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók és a kormányrendeletben kijelölt szerv honlapjának is közvetlenül elérhetőeknek kell lenniük.

(4) A várólista adatait a honlapon - folyamatosan, de legkésőbb a változást követő 3 napon belül - úgy kell közzétenni, hogy abból egyértelműen megállapítható legyen az adott biztosított számára a várólistán elfoglalt helye. A közzétételre vonatkozó részletes szabályokat az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg.

(5) A (3) bekezdés rendelkezéseinek alkalmazása érdekében az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólista kezeléséért felelős személy, illetve a kormányrendeletben kijelölt szerv egyedi azonosítót határoz meg. Az egyedi azonosító nem tartalmazhat a biztosított egészségügyi és személyazonosító adataival összefüggő, továbbá a várólistára történő felvétel időpontjára vonatkozó adatot. Az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólista kezeléséért felelős személy, illetve a kormányrendeletben kijelölt szerv az egyedi azonosítót annak meghatározásakor, személyesen vagy kezelőorvosa útján közli a biztosítottal.

(6) Az egyedi azonosító tartalmára vonatkozó szabályokról a biztosítottat kezelőorvosa tájékoztatja. Amennyiben a kormányrendeletben kijelölt szerv, illetve az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólista kezeléséért felelős személy észleli, hogy az adott várólistára érkező egyedi azonosító egy másik, az adott várólistán levő biztosított egyedi azonosítójával megegyezik, akkor a később beérkezett egyedi azonosítót olyan sorszámmal látja el, amely egyértelműen alkalmas az egyedi azonosítók megkülönböztetésére. Erről a biztosítottat a kezelőorvos útján a kormányrendeletben kijelölt szerv, illetve az intézményi várólista kezeléséért felelős személy tájékoztatja.

(7) A betegfogadási lista az adott egészségügyi ellátásra előjegyzett biztosítottak családi és utónevét, társadalombiztosítási azonosító jelét valamint az ellátásra történő jelentkezés és az ellátás igénybevételének pontosan meghatározott időpontját és helyét tartalmazza.

(8) A betegfogadási lista külön jogszabályban meghatározottak szerint összesített statisztikai adatait - kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon - az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság honlapján közzé kell tenni.

2. Cím

Árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások

21. § (1) A biztosított jogosult a járóbeteg-ellátás keretében gyógyászati céllal rendelt gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, illetőleg a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt számára rendelt végleges gyógyászati segédeszköz árához, továbbá a gyógyászati segédeszköz javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatásra, amennyiben

a) árához

aa) forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében az egészségbiztosító,

ab) magisztrális gyógyszerek esetében a külön jogszabály,

támogatást állapít meg,

b) azt a finanszírozott egészségügyi szolgáltató e jogosultságra kijelölt orvosa, illetve az egészségbiztosítóval e jogosultságra szerződést kötött orvos rendeli, és

c) a rendelés a külön jogszabályban foglalt szakmai szabályok szerint történik, és

d) az adott gyógyászati segédeszköz árához, illetve kölcsönzési díjához az egészségbiztosító a külön jogszabályban meghatározott eljárásrend szerint támogatást állapít meg, továbbá javítási díjához, illetőleg a gyógyászati ellátás árához külön jogszabály támogatást rendel, és

e) a kiszolgáltatásra, kölcsönzésre vagy javításra az egészségbiztosítóval e feladatra szerződött (a továbbiakban: szerződött) forgalmazónál vagy gyártónál kerül sor.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglaltakon túl akkor is jogosult a külön jogszabályban meghatározott gyógyászati segédeszköz árához nyújtott támogatásra, ha annak kiszolgáltatására egészségügyi ellátás keretében a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi szolgáltatónál kerül sor.

(3)-(5)

21/A. § (1) Az egészségbiztosító által - a külön jogszabály szerint - kiemelt, indikációhoz kötött támogatásban részesített gyógyszerért a biztosított dobozonként a külön jogszabályban meghatározott összegű díjat fizet.

(2) A 21. § (1) bekezdés *ab)* pontjában meghatározott magisztrális gyógyszerek árához nyújtott támogatás megállapítására vonatkozó szabályokat külön jogszabály állapítja meg.

Utazási költségtérítés

22. § (1) A járóbeteg-szakellátásra, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, továbbá gyógyászati ellátásra, rehabilitációra beutalt biztosítottat utazási költségeihez támogatás illeti meg,

a) ha orvosszakértői vizsgálatra utalták vagy rendelték be; vagy

b) ha a beutalás olyan egészségügyi szolgáltatóhoz történik,

ba) amely a biztosított területi ellátására kötelezett, vagy

*bb) amely a *ba)* pont szerinti egészségügyi szolgáltatónál a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) közelebb esik, ha az oda történő beutalásba a biztosított beleegyezett; vagy*

*c) a megfelelő feltételekkel rendelkező, bármely más - a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) legközelebb eső - egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalás esetén, ha az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás biztosítására a *b)* pont szerinti egészségügyi szolgáltatók szakmai indokok alapján nem alkalmasak.*

(2) Amennyiben a biztosított az (1) bekezdésben említett egészségügyi ellátást azért veszi beutaló nélkül igénybe, mert egészségi állapota az azonnali ellátását indokolta, az egészségügyi szolgáltatótól otthonába (tartózkodási helyére) történő utazási költségeihez való támogatásra jogosult.

(3) A biztosított a gyógyászati segédeszköz próbájával, illetve kiszolgáltatásával kapcsolatos utazási költségeinek támogatására akkor jogosult, ha a gyógyászati segédeszközt a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, a rendelt gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatására az egészségbiztosítóval szerződött forgalmazónál szerzi be.

(4) A fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítését nyújtó intézmény igénybevételevel kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.

(5) A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevételevel kapcsolatban felmerült utazási költséghez támogatás jár. A biztosított a támogatásra akkor jogosult, ha a jogszabályban meghatározott szűrővizsgálatot behívás alapján vette igénybe.

(6) Az utazási költséghez nyújtott támogatás a külön jogszabályban foglaltak szerint illeti meg

a) a 16 éven aluli gyermek kísérőjét,

b) a 16 éven felüli biztosított kísérőjét, amennyiben egészségi állapota miatt a kíséretet a beutaló orvos szükségesnek tartja.

(7) Helyi közlekedési eszköz igénybevételehez nem jár támogatás.

(8) Az utazási költséghez nyújtott támogatás mértékét és módját külön jogszabály tartalmazza.

3. Cím

A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

23. § A biztosított részleges térítés mellett jogosult

a) 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;

b) a külön jogszabály szerinti terhesgondozás és a szülészeti ellátás kivételével az ellátást végző orvos 19.

§ (3) bekezdésében foglaltak szerinti megválasztására;

c) a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlásra;

d) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv.

3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - külön jogszabályban megnevezett - ellátásokat;

e) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevitelére, ide nem értve az Eütv.

3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - külön jogszabályban megnevezett - ellátásokat;

f) saját kezdeményezésére az ellátás 19. § (1) bekezdésében foglaltaktól - többletköltséget okozó - eltérő tartalommal történő igénybevitelére;

g)

h) amennyiben állapota indokolja az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is;

i) az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében foglalt esetekben szanatóriumi ellátásra;

j) az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra;

k) külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

24. § (1) A biztosított által is csak térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult.

(2) Az e fejezetben foglaltak szerint megállapított részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét. A 23. § b) pontja alapján fizetett részleges térítési díjból az egészségügyi szolgáltató a térítési díj ellenében végzett ellátásban közreműködő személyeket a szabályzatában meghatározott módon külön juttatásban részesítheti.

(3) A 23. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátások térítési díját 15%-kal csökkenteni kell, amennyiben a biztosított részt vett a külön jogszabályban előírt, időszakos fogászati szűrővizsgálaton.

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a biztosított részére - annak kezdeményezése alapján, az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának érintése nélkül - külön térítési díj ellenében egyéni igénye szerinti étkezést, valamint az egészségi állapota által nem indokolt, a 14. § (2) bekezdés f) pontja szerinti elhelyezéstől eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezést nyújthat, amennyiben

a) a többletszolgáltatáshoz szükséges feltételek rendelkezésre állnak,

b) a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többletszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és

c) az egészségügyi szolgáltató a többletszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljeskörűen tud ellátást nyújtani.

25. § (1) Az egészségügyi szolgáltató jól látható helyen kifüggeszti a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét, továbbá a szolgáltatás megkezdése előtt a biztosítottat tájékoztatja az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.

(2) A (3) bekezdésben említett szolgáltatások részleges térítési díját a szolgáltató állapítja meg azzal, hogy ez nem tartalmazhat az ellátással kapcsolatban olyan beavatkozásra számított díjat, amelyet a biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni.

(3) A (2) bekezdésben foglaltak alapján a részleges térítési díj számításánál

a)

b) a 23. § f) pontja tekintetében a vizsgálati és terápiás rend szerinti és az attól eltérő ellátáshoz szükséges diagnosztikus és terápiás anyag- és gyógyszerköltés különbségét, valamint fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén az ebből eredő többlet ápolási időt is, az ápolási naponkénti étkezési és elhelyezési költséggel,

c) a 23. § g) pontja tekintetében az intézeti nyersanyagnorma és a többlet-nyersanyagköltés különbségét

kell alapul venni.

(4) A 23. § g) pontja tekintetében a szolgáltató ápolási naponkénti díjat állapít meg.

(5) A részleges térítési díjat külön jogszabály állapítja meg a 23. § a), c), h), i) és k) pontjában foglalt ellátások tekintetében.

(6) A biztosított által a 23. § b), d) és e) pontja alapján fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 százaléka, ami az adott ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint az egészségbiztosító felé elszámolható, azzal, hogy a biztosított által fizetendő összeg nem haladhatja meg a külön jogszabályban meghatározott összeget.

4. Cím

Méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

26. § (1) Az egészségbiztosító - az E. Alap költségvetésében meghatározott keretek között - méltányosságból

a) a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárások, a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, illetve a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díját vagy annak egy részét átvállalhatja,

☞ b)

☞ c) a társadalombiztosítási támogatásba még be nem fogadott, támogatással nem rendelhető allopatias gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához támogatást nyújthat.

d)

(2) Az egészségbiztosító méltányosságból a gyógyászati segédeszközök árához a külön jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakorisággal támogatást nyújthat.

(3) A méltányossági jogkör gyakorlása nem terjed ki

a) a 23. § b), d)-g) és j) pontjai alapján, valamint

b) a szakmai szempontok figyelembevételével összeállított várólista alapján igénybe vehető ellátásokra,

☞ c) a külön jogszabály alapján háromhavi terápiás (HTL) alapú támogatásban részesített, illetve az egyszerűsített támogatási jegyzékben felsorolt funkcionális csoportokba (alcsoporthoz) tartozó gyógyászati segédeszközök körére,

d) az (1) bekezdés c) pontja szerinti gyógyászati segédeszközre, amennyiben a biztosított adott indikációban a gyógyászati segédeszközt - külön jogszabály alapján - támogatással kölcsönzi.

☞ (4)

☞ (5) Az (1) bekezdés alapján méltányosságból támogatás

☞ a) gyógyszerhez az E. Alap Méltányossági gyógyszertámogatás jogcím időarányos előirányzatának terhére,

☞ b) gyógyászati segédeszközhöz az E. Alap Gyógyászati segédeszköz támogatás jogcímcsoport előirányzatának a különös méltányulást érdemlő körülmények esetén felhasználható összeg időarányos részének terhére

☞ nyújtható.

☞ Amennyiben a méltányosságból megítélt támogatás adott hónapban meghaladja az a), illetve b) pontban meghatározott keretet, az a következő havi időarányos részt terheli.

5. Cím

Külföldön történő gyógykezelés

27. § (1) Amennyiben a biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - az Európai Gazdasági Térség (a továbbiakban: EGT), illetve az Európai Közösséggel vagy az EGT-vel megkötött nemzetközi szerződés alapján az EGT tagállamával azonos jogállást élvező állam (a továbbiakban: EGT tagállam) területén kívüli állam (a továbbiakban: harmadik állam) területén átmenetileg tartózkodik munkavállalás, tanulmányok folytatása vagy egyéb jogcímen és a 12-14. §-okban, továbbá a 15. § (1) bekezdésében meghatározott valamely egészségügyi szolgáltatást - a feltétlenül szükséges mértékig -, továbbá sürgősségi betegszállítást azért vesz igénybe harmadik állam területén lévő tartózkodási helyén, mert annak elmaradása az életét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, illetve maradandó egészségkárosodáshoz vezetne, az egészségbiztosító a felmerült és igazolt költségeket az igénybevétel idején érvényes belföldi költség mértékének megfelelő összegben, sürgősségi betegszállítás esetén a számla szerinti összegnek a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamon számított forint összegben megtéríti.

(2) Amennyiben a biztosított munkáltatója a Tbj. szerinti biztosítási jogviszony fenntartása mellett egybefüggően három hónapot meghaladó időtartamra a biztosítottat harmadik állam területén foglalkoztatja, és ez idő alatt a biztosított, illetve a vele együtt harmadik állam területén tartózkodó eltartott házastársa és gyermeke a 12-14. §-okban, továbbá a 15. § (1) bekezdésében meghatározott valamely egészségügyi szolgáltatást, továbbá sürgősségi betegszállítást indokoltan vesz igénybe harmadik állam területén lévő tartózkodási helyén, az egészségbiztosító a felmerült és igazolt költségeket, az igénybevétel idején érvényes belföldi költség mértékének megfelelő összegben, sürgősségi betegszállítás esetén a számla szerinti összegnek a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamon számított forint összegben megtéríti.

(3) Amennyiben a biztosított a Közösségi rendelet hatálya alá tartozik, EGT tagállam területén egészségügyi szolgáltatást a Közösségi rendelet rendelkezései szerint vehet igénybe.

(4) A (2) bekezdés szerinti foglalkoztatás esetében a biztosított és a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa és gyermeke nem Magyarországon történő egészségügyi ellátása akkor fogadható el indokoltan igénybe vettnek, ha eleget tettek a külön jogszabályban foglaltak szerint a nem Magyarországon történő munkavégzésre való alkalmasság megállapítását célzó orvosi vizsgálati kötelezettségüknek.

(5) A (2) bekezdésben foglaltaktól eltérően a közszolgálati vagy közalkalmazotti jogviszonyban álló tartósan harmadik államban foglalkoztatott biztosított, a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa, élettársa és gyermeke által indokoltan igénybe vett egészségügyi ellátás külföldön felmerült és igazolt költségének 85 százalékát az egészségbiztosító megtéríti.

(6) Amennyiben a biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat - EGT tagállam területén a 11. § (1) bekezdésének *b)* és *c)* pontjaiban, a 12. § (1) bekezdésében és a 13. § *a)* és *b)* pontjaiban meghatározott egészségügyi szolgáltatást nem a Közösségi rendelet alapján vesz igénybe, az egészségbiztosító a felmerült és igazolt költségeket az igénybevétel idején érvényes belföldi költség, legfeljebb azonban a tényleges költség mértékének megfelelő összegben megtéríti.

(7) A (3) bekezdéstől eltérően a közszolgálati vagy közalkalmazotti jogviszonyban álló tartósan valamely EGT tagállamban foglalkoztatott biztosított, a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa, élettársa és gyermeke választhat, hogy a kiküldetés helye szerinti EGT tagállamban az egészségügyi szolgáltatást a Közösségi rendelet rendelkezései szerint veszi igénybe vagy az általa indokoltan igénybe vett egészségügyi ellátás felmerült és igazolt költsége 85 százalékának megtérítését kéri az egészségbiztosítótól.

(8) Az (1)-(2) és (6) bekezdés szerinti belföldi költségek - ideértve az egészségbiztosításért felelős miniszter által elismert határon átnyúló egészségügyi együttműködés keretében nyújtott szolgáltatások költségeit is - megtérítésének módját és feltételeit a kormányrendeletben állapítja meg.

(9) A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések finanszírozásának részletes szabályait a kormányrendeletben állapítja meg. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó együttműködési megállapodásokat az egészségbiztosításért felelős miniszter tájékoztatóban teszi közzé.

(10) Amennyiben a biztosított valamely EGT tagállam területén ellátást vesz igénybe, az egészségbiztosító engedélyezheti a magyarországi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítás megtérítését.

(11) A biztosított által valamely EGT tagállam területén történő ideiglenes tartózkodása során igénybe vett egészségügyi szolgáltatásra - a Közösségi rendelet szerint - jogosító, az egészségbiztosító által kibocsátott Európai Egészségbiztosítási Kártyát (a továbbiakban: EU-Kártya), illetve az azt helyettesítő nyomtatványt az egészségbiztosító a biztosított kérelmére, a (12) bekezdésben foglaltak kivételével díjmentesen, a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével bocsátja a biztosított rendelkezésére.

(12) Az EU-Kártya kiadásáért az általános tételű eljárási illetéknek megfelelő összegű igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetnie a biztosítottnak, ha annak kiadása a még érvényes EU-Kártyának a jogosult birtokából való kikerülése (lopás, elvesztés, megsemmisülés) vagy megrongálódása miatt vált szükségessé.

28. § A Magyarországon nem hozzáférhető gyógyító eljárások más országban való igénybevételéhez a biztosítottaknak - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - az E. Alap terhére támogatás nyújtható. A támogatás rendjét a Kormány rendeletben szabályozza.

III. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAIRA VALÓ IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

29. § (1) A biztosított - a (2) bekezdésben foglaltak figyelembevételével -

a)

b) az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető ellátásokra való jogosultságát

ba) a gyógyászati ellátások tekintetében a külön jogszabály szerinti orvosi rendelvény és kezelőlap bemutatásával,

bb) gyógyszer és gyógyászati segédeszköz tekintetében a külön jogszabály szerinti orvosi rendelvény bemutatásával,

c) az utazási költségeihez nyújtott támogatásra való jogosultságát a beutaló orvos által, illetve amennyiben az ellátásra - azonnali ellátás szükségessége miatt - beutaló nélkül került sor, a szolgáltató orvosa által kiállított igazolással igazolja.

(2) Amennyiben az (1) bekezdés *b)* pontja szerinti ellátásokat árhoz nyújtott támogatással rendelik, a biztosított a kezelőorvos kérelmére nyilatkozik arról, hogy a kezelőorvoson kívül más orvos által rendelt gyógyászati ellátást az adott naptári évben hány alkalommal vett igénybe, illetve, hogy a kezelőorvoson kívül más orvos a betegségével összefüggésben 30 napon belül milyen gyógyszer, milyen mennyiségben vagy annak kihordási idején belül milyen gyógyászati segédeszközt rendelt számára.

(3) A Községi rendelet hatálya alá tartozó személy a Községi rendelet szerinti formanyomtatvány, illetve hatósági igazolvány bemutatása esetén jogosult egészségügyi szolgáltatás igénybevételére.

(4) A Tbj. szerint biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - a Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (a továbbiakban: TAJ szám) igazoló hatósági igazolványát köteles bemutatni.

(5) A 27. § (1) és (2) bekezdése szerinti ellátások költségeinek megtérítése iránti igényt legkésőbb a hazaérkezést követő harminc napon belül, a 27. § (6) bekezdése szerinti ellátások költségeinek megtérítése iránti igényt pedig a hazaérkezést követő tizenöt napon belül kell az egészségbiztosítónál bejelenteni.

(6)

(7) A 22. § szerinti utazási költséghez nyújtott támogatás iránti, valamint a 27. § (1) és (2) bekezdéseiben említett ellátások költségeinek megtérítése iránti kérelem elbírálására a 61. § rendelkezéseit megfelelően alkalmazni kell. A 27. § (3) bekezdésben említett ellátások költségeinek utólagos megtérítésére vonatkozó igény az ellátás igénybevételétől számított hat hónapon belül érvényesíthető. A 27. § (6) bekezdésében említett ellátások költségeinek megtérítése iránti igény a külföldi gyógykezelés befejezésétől számított harminc napon túl nem érvényesíthető.

(8) A nemzetközi egyezmény vagy a Községi rendelet hatálya alá tartozó külföldi az egyezményben vagy a Községi rendeletben meghatározott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó jogosultságát az egyezményben vagy a Községi rendeletben meghatározott módon igazolja.

☞ (9) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság a biztosítási jogviszonynak, illetve a Tbj. 16. § (1) bekezdés *a)-o)* és *s)* pontjában meghatározott jogosultsági feltételnek a megszűnését követően

☞ *a)* 45 napig marad fenn, amennyiben a jogosultsági feltétel a megszűnést megelőzően megszakítás nélkül legalább 45 napig fennállt,

☞ *b)* amennyiben a jogosultsági feltétel fennállásának az időtartama 45 napnál rövidebb volt, akkor ezen időtartammal hosszabbodik meg,

☞ *c)* 45 napig marad fenn, ha a jogosultsági feltétel megszűnését megelőzően fennállt korábbi jogosultsági feltétel 45 napnál hosszabb ideig állt fenn és az utolsóként megszűnt jogosultsági feltétel nem állt fenn 45 napig, de a két jogosultsági feltétel fennállása között 30 napnál kevesebb nap telt el.

☞ (10) A (9) bekezdésben foglaltak a biztosítás szünetelése esetén nem alkalmazhatók.

IV. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KERETÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK BIZTOSÍTÁSA

Szerződéses kapcsolatok

30. § (1) Az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatások nyújtására - a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - finanszírozási szerződést köt az adott szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval, amennyiben az nem rendelkezik olyan, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény 178. §-ának 20. pontjában meghatározott köztartozással (a továbbiakban: köztartozás), amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl gyógyszerárhoz nyújtott támogatással történő kiszolgáltatására, gyógyászati segédeszköz árhoz nyújtott támogatással történő forgalmazására, kölcsönzésére, javítására és amennyiben a gyártó az eszköz kiszolgáltatását is végzi, egyedi méretvétel alapján történő gyártására (a továbbiakban együtt: forgalmazás), valamint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására az egészségbiztosító szerződést köt a szolgáltatóval, amennyiben az

a) erre külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult, valamint

b) megfelel a külön jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeknek, így különösen a finanszírozással kapcsolatos adatkezeléssel, adatellenőrzéssel és a társadalombiztosítási támogatás elszámolásával kapcsolatos személyi és tárgyi feltételeknek, és

c) nem rendelkezik olyan köztartozással, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt.

(3) Az egészségbiztosító külön jogszabályban meghatározott esetben külön jogszabály szerinti hatósági bizonyítvánnyal rendelkező nem egészségügyi szolgáltatóval is köthet szerződést gyógyászati segédeszköz egyedi méretvétel alapján társadalombiztosítási támogatással történő gyártására, illetve ezen eszközök társadalombiztosítási támogatással történő javítására.

30/A. § Az egészségbiztosító szerződést köthet a gyógyszer forgalomba hozatalára jogosulttal, a gyógyászati segédeszközt forgalomba hozóval, illetve a gyógyászati ellátást nyújtóval az árhoz nyújtott támogatással forgalmazható termék és ellátás áráról, mennyiségéről, minőségi követelményéről, illetve a felek által lényegesnek ítélt egyéb kérdékről.

31. § (1) Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben meg kell határozni

a) a lekötött kapacitáson nyújtandó szolgáltatásokat szakmánkénti bontásban, a területi ellátási kötelezettség és a rendelkezésre állás megjelölésével, ideértve azt is, hogy az adott szolgáltatást saját maga vagy közreműködő egészségügyi szolgáltató igénybevételével nyújtja,

b) a tárgyi és személyi feltételek azonosítására szolgáló, a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatóság által vezetett nyilvántartás szerinti adatot, valamint a szolgáltatás nyújtásához rendelkezésre álló, a finanszírozás szempontjából meghatározó feltételeket,

c) az egészségügyi szakellátásra történő beutalásra jogosult, a táppénzfizetés alapjául szolgáló keresőképeség elbírálására, továbbá a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás támogatással történő rendelésére jogosult orvos családi és utónevét, orvosi bélyegzőjének számát,

d) az egészségügyi szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettségét,

e) a külön jogszabály rendelkezései szerinti feltételeket,

f) a külön jogszabályban meghatározott esetben az elszámolható szolgáltatások mennyiségi korlátjait,

g) a 21. § (2) bekezdése alapján gyógyászati segédeszköznek az egészségügyi ellátás keretében történő kiszolgáltatására való jogosultságot,

h) a szerződés hatályát, a módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszegése esetén követendő eljárást, ideértve a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítési rendjét is,

i)

(2) Az egészségügyi szolgáltató gyógyszert, gyógyászati segédeszközt, valamint gyógyászati ellátást árhoz nyújtott támogatással az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság által minősített, a minőségi és hatékony gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-rendelést elősegítő számítógépes rendszer alkalmazásával rendelhet.

(3) A finanszírozási szerződés mellékletét képezi

a) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély,

b) amennyiben az egészségügyi szolgáltató a külön törvény szerinti egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel egészségügyi ellátási szerződést kötött az egészségügyi közszolgáltatás nyújtására, e szerződés másolata,

c) az egészségügyi szolgáltató nyilatkozata arról, hogy van-e a 30. § (1) bekezdése szerinti lejárt esedékességű köztartozása,

d) az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjéről szóló tájékoztató,

e) az egészségügyi szolgáltató gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, valamint gyógyászati ellátás árhoz nyújtott támogatással történő rendeléséhez alkalmazott számítógépes rendszer minősítéséről szóló jóváhagyás.

(4) A finanszírozási szerződés módosítását - a kapacitásokat szabályozó külön jogszabályokra figyelemmel - bármelyik fél kezdeményezheti.

(5) Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni


a) ha a működési engedélyét módosították,


b) a személyi és tárgyi feltételek változását, amennyiben azok a finanszírozott feladatkör ellátását érintik.


(6) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató az (5) bekezdésben foglalt kötelezettségét elmulasztja, köteles az ebből eredő finanszírozási többletet visszatéríteni.


(7) Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni az egészségbiztosítónak, ha köztartozása esedékességének időpontja lejárt, illetve ha lejárt esedékességű köztartozásában változás következik be.


(8) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a (7) bekezdésben meghatározott kötelezettségének legkésőbb a köztartozás esedékessége időpontjának lejártától, illetve a lejárt esedékességű köztartozásában bekövetkezett változás időpontjától számított 30 napon belül nem tesz eleget, illetőleg ha a lejárt esedékességű köztartozását 90 napon belül nem egyenlíti ki, a finanszírozási szerződését fel kell mondani.


 **32. §** (1) A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával az egészségbiztosító - külön jogszabályban foglaltak szerint - gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köt, amennyiben az orvos


 a) a külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz rendelésére jogosult,

 b) a szerződés megkötését kezdeményezi,

 c) a szerződéskötés feltételül a külön jogszabályban meghatározott kötelezettségének eleget tesz,

 d) nem áll gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz-gyártóval, -forgalmazóval, -nagykereskedővel gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz-ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban,

 e) nem rendelkezik gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz-gyártó, -forgalmazó, -nagykereskedő vagy gyógyszer-tárat, illetve gyógyászati segédeszköz-szaküzletet működtető gazdasági társaságban ötven százalékot meghaladó tulajdoni hányaddal, és

 f) gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz-gyártó, -forgalmazó, -nagykereskedő vagy gyógyszer-tárat, illetve gyógyászati segédeszköz-szaküzletet működtető gazdasági társaságnak nem vezető tisztségviselője.

(2) A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa gyógyszert, gyógyászati segédeszközt, valamint gyógyászati ellátást árhoz nyújtott támogatással az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság által előzetesen minősített, a minőségi és hatékony gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-rendelést elősegítő számítógépes rendszer alkalmazásával rendelhet.

(3) A támogatással történő rendelésre jogosító szerződésben meg kell határozni

a) az orvos szakorvosi szakképesítését,

b) azokat a jogcímeket, amelyek alapján az orvos támogatással történő rendelésre válik jogosulttá,

c) a szerződés hatályát, a módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszegése esetén követendő eljárást, ideértve a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítési rendjét is,


d) gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, valamint gyógyászati ellátás árhoz nyújtott támogatással történő rendeléséhez alkalmazott számítógépes rendszer minősítéséről szóló jóváhagyást.


 (4)

(5) Az egészségbiztosító a külön jogszabályban meghatározottak figyelembevételével gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köt az orvossal, amennyiben az orvos megfelel az (1) bekezdés b)-c) pontjában foglalt feltételeknek és külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyászati ellátás rendelésére jogosult.

(6) Az egészségbiztosító külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyszer, gyógyászati segédeszköz saját maga vagy a Polgári Törvénykönyv (a továbbiakban: Ptk.) szerinti hozzátartozója részére (pro familia) támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köt az orvossal, amennyiben az orvos megfelel az (1) bekezdésben foglalt feltételeknek.

(7) Az az orvos, aki rendelkezik a (6) bekezdés szerinti szerződéssel, jogosult saját maga vagy a Ptk. szerinti hozzátartozója szakorvosi ellátásra történő beutalására.

 (8) Az egészségbiztosító a külön jogszabályban meghatározott feladatot ellátó nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatóval a 18. § (1) bekezdés szerinti beutalásra jogosító szerződést köt.

 (9) Az orvos 8 napon belül köteles bejelenteni az egészségbiztosítónak, ha az (1) bekezdésben meghatározott kizáró ok valamelyike felmerül a vényírási szerződés hatálya alatt. Az egészségbiztosító a kizáró okról történt tudomásszerzést követően a vényírási szerződést 30 napos határidővel felmondja. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a bejelentési kötelezettségét elmulasztja, köteles megtéríteni a

kizáró ok felmerülését követően rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz után folyósított társadalombiztosítási támogatást.

33. § (1) A gyógyszer kiszolgáltatójával, gyógyászati segédeszköz forgalmazójával kötött szerződésben meg kell határozni

a) a készletfenntartásra, a kiszolgáltatásra, a nyilvántartásra és a támogatás elszámolására vonatkozó - az általánostól eltérő vagy külön jogszabályban nem rögzített - rendelkezéseket,

b) a szállítási és elszámolási feltételeket,

c) a 32. § (3) bekezdésének c) pontjában foglaltakat.

(2) A szerződés mellékletét képezi

a) a forgalmazás és a kiszolgáltatás végzésére jogosító - külön jogszabály szerinti - engedély másolata,

b) a kiszolgáltató, forgalmazó nyilatkozata arról, hogy van-e a 30. § (2) bekezdésének c) pontja szerinti lejárt esedékességű köztartozása,

c) a kiszolgáltató, forgalmazó nyilatkozata, amelyben vállalja, hogy a társadalombiztosítási támogatással történő kiszolgáltatás, illetve forgalmazás valamennyi tárgyi, személyi feltételét folyamatosan biztosítja.

(3) A gyógyszer kiszolgáltatójának és a gyógyászati segédeszköz forgalmazójának tekintetében a 31. § (6)-(7) bekezdésében foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

33/A. § (1) A gyógyászati ellátás szolgáltatójával kötött szerződésben meg kell határozni

a) az ellátás nyújtására és elszámolására vonatkozó rendelkezéseket, valamint

b) a 32. § (3) bekezdésének c) pontjában foglaltakat.

(2) A szerződés mellékletét képezi

a) a gyógyászati ellátás végzésére jogosító - külön jogszabály szerinti - engedély másolata,

b) a szolgáltató nyilatkozata, amelyben vállalja, hogy az ellátás nyújtásához kapcsolódó - külön jogszabályban meghatározott - feltételeket folyamatosan biztosítja,

c) a szolgáltató nyilatkozata arról, hogy van-e a 30. § (2) bekezdésének c) pontja szerinti lejárt esedékességű köztartozása.

(3) A gyógyászati ellátás szolgáltatójának tekintetében a 31. § (6)-(7) bekezdésében foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

34. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

a) a ráfordítások alapján meghatározott normán,

b) az ellátandó feladatokon,

c) az ellátott esetek számbavételén,

d) fejkvótán,

e) a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain,

f) egyes szolgáltatások tekintetében teljesítményegységének mennyiségén,

g) az a)-f) pontban foglaltak kombinációján, és

h)

alapuló rendszerben történik.

☞ (2) Az (1) bekezdésben foglalt elveken alapuló finanszírozás szabályait külön törvény és a végrehajtására kiadott jogszabályok tartalmazzák, azzal, hogy az egészségügyi szolgáltató legfeljebb annyi havi finanszírozásra lehet jogosult, ahány hónapig a hatályos szerződése alapján szolgáltatást nyújtott.

(3) A finanszírozásra vonatkozó jogszabályokat a bevezetésük előtt 30 nappal ki kell hirdetni.

☞ **35. § (1)** Az egészségügyi szolgáltató fenntartója vagy működtetője - amennyiben több egészségügyi szolgáltatót is működtet - a finanszírozás keretében kapott összeget minden általa fenntartott egészségügyi szolgáltató tekintetében külön számlán kezeli. Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközöitől elkülönítetten kezeli. Az egészségügyi szolgáltató elkülönített számlájának megterheléséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató és fenntartójának előzetes jóváhagyása. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10%-a engedményezhető.

(2) Az E. Alapból a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (tulajdonos, kezelő) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

(3) Abban az esetben, amikor a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak, a finanszírozás keretében kapott összeg az egészségügyi szolgáltatók működésével kapcsolatos igazgatási kiadásaira nem használható fel.

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató részére - a biztosítási jogviszony keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások igénybevehetőségét veszélyeztető - kritikus gazdálkodási helyzet esetén,

amennyiben annak megelőzésére, illetve elhárítására saját hatáskörben bizonyíthatóan minden lehetséges intézkedést megtett, és a tulajdonos saját forrásaiból meghatározott arányú konkrét hozzájárulást, valamint garanciát vállal, az egészségbiztosító - az E. Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére - egyszeri, kamatmentes finanszírozási előleget nyújthat.

(5) Azon gyógyszertár számára, amely járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek árához támogatással igénybe vehető szolgáltatást nyújt, a lakosság biztonságos ellátása érdekében az egészségbiztosító - az E. Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére - kamatmentes finanszírozási előleget nyújthat.

(6) Ha az (1) bekezdés szerinti egészségügyi szolgáltató, illetőleg a (3) bekezdésben szabályozott helyi önkormányzat a finanszírozási szerződés alapján az E. Alapból kapott összeget nem a finanszírozási szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használja fel, köteles a kapott összeget - a szerződéses esetére kikötött egyéb jogkövetkezmények mellett - az E. Alap számára megtéríteni.

☞ (7) Ha az egészségbiztosító a szolgáltató részére járó havi finanszírozási összeg utalványozását nem a szolgáltató hibájából külön jogszabályban meghatározott határidőig nem teljesíti, a határidő lejártát követő naptól köteles a szolgáltató részére a Ptk. szabályainak megfelelően az E. Alap ellátási költségvetés egyéb kiadásai terhére késedelmi kamatot fizetni, amennyiben a kamat összege meghaladja az 1000 forintot.

35/A. §

A szerződés teljesítésének ellenőrzése

36. § (1) Az egészségbiztosító ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására kötött szerződés teljesítését.

☞ (2) Az egészségbiztosító jogosult a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára - ideértve a helyszíni ellenőrzést is -, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba és az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, a külön jogszabályban foglaltak szerint a biztosított vizsgálatára, a biztosított ellátása orvosszakmai indokoltságának felülvizsgálatára, valamint a (3) bekezdésben foglaltak ellenőrzésére.

(3) Az egészségbiztosító ellenőrzi a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valóságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését. Az egészségbiztosító ellenőrzi, hogy az egészségügyi szolgáltató az elszámolási nyilatkozattal kapcsolatos kötelezettségeit teljesíti-e.

(4) Az egészségbiztosító ellenőrzi az egészségügyi dokumentáció vezetésére, a beutalás rendjére, továbbá a támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére, készletben tartására, kiszolgáltatására és nyilvántartására, valamint gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére és nyújtására vonatkozó előírások megtartását, érvényesülését. A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére a 32. § alapján jogosult orvos az ellenőrzést végző személy rendelkezésére bocsátja az érintett biztosítottra vonatkozó, az ellenőrzés lefolytatásához szükséges egészségügyi dokumentációt.

(5) Az (1)-(4) bekezdésben foglaltak során az ellenőrzéssel érintett személyes és egészségügyi adatok kezelésére az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni.

(6) Az egészségbiztosító az ellenőrzés megállapításairól és javaslatairól tájékoztatja a szolgáltatót és a közszolgáltatásért felelős szervet, továbbá az egészségügyi szolgáltató fenntartóját, ha az nem a közszolgáltatásért felelős szerv.

(7) Amennyiben gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosult orvos az ellenőrzés során megállapított jogosulatlan rendelés tényét vitatja, akkor az egészségbiztosítónál a jogosulatlan rendeléssel érintett személlyel történő adategyeztetést kezdeményezhet, amelyre a 38/B. §-ban foglaltakat értelemszerűen alkalmazni kell.

(8) Amennyiben az egészségbiztosító az (1)-(7) bekezdés szerinti ellenőrzés során a szakmai előírások be nem tartását állapítja meg, erről tájékoztatja a szakmai felügyeletet ellátó szervet.

(9) Az egészségbiztosító az (1)-(7) bekezdésekben foglalt ellenőrzések során a 30. § és a 31-33/A. §-ok szerinti szerződések alapján, mint szerződő fél jár el.

☞ **37. §** (1) Az egészségügyi szolgáltató megtéríti

☞ *a)* az elszámolt ellátás finanszírozási összegét, ha az ellenőrzés során megállapítják, hogy

☞ *aa)* a finanszírozási szerződésben nem szereplő ellátást,

☞ *ab)* részére nem engedélyezett vagy általa nem végezhető ellátást,

☞ *ac)* más forrásból megtérülő ellátást,

☞ *ad)* el nem végzett ellátást,

☞ *ae*) orvosszakmailag indokolatlanul nem a hatályos jogszabályoknak, finanszírozási protokolloknak, ennek hiányában nem az érvényes szakmai protokolloknak, vagy mindezek hiányában nem az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 119. § (3) bekezdésében foglalt szakmai előírásoknak (ez utóbbi három a továbbiakban együtt: szakmai előírás) megfelelően nyújtott ellátást

☞ számolt el, vagy

☞ *af*) az egészségügyi szolgáltató vagy beutalásra jogosult orvosa nem a hatályos jogszabályoknak vagy szakmai előírásoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatások rendelkezésénél,

☞ *ag*) az elvégzett ellátásokat nem a hatályos jogszabályoknak vagy a finanszírozási szabálykönyvben foglaltak szerint számolta el,

☞ *b*) a kifizetett finanszírozási többletet, ha az ellenőrzés során megállapítják, hogy egy ellátást több vagy magasabb összegű finanszírozásra jogosító jogcímen számolt el.

☞ (2) Az (1), az (5) és (6), valamint a (9) bekezdés, illetőleg a 31. § (5) bekezdése és a 35. § (6) bekezdése szerinti megtérítési, illetve visszatérítési kötelezettség a jogalap nélkül igénybe vett finanszírozás, illetve az ártámogatás folyósítását követő öt éven belül a finanszírozás és az ártámogatás elszámolása során is érvényesíthető.

☞ (3) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás társadalombiztosítási támogatással történő rendelésére a 32. § szerinti szerződés alapján jogosult orvos a rendelésre vonatkozó jogszabályok vagy szakmai előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás után köteles megtéríteni a folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének azon részét, amelyre a biztosított nem volt jogosult.

☞ (4) Amennyiben a (3) bekezdés szerint jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege meghaladja a tárgyhónapban a külön jogszabályban meghatározott mértéket, a támogatással történő rendelésre való jogosultságot - a (3) és (6) bekezdésben foglaltak mellett - legfeljebb egy évre fel kell függeszteni vagy fel kell mondani, és a szerződés megszűnésétől számított legalább egy, legfeljebb három évig az érintett orvossal a 32. § szerinti szerződés nem köthető.

☞ (5) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató az általa vagy a támogatással történő rendelésre jogosult orvosa által a rendelésre vonatkozó jogszabályok vagy szakmai előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után köteles megtéríteni a folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének azon részét, amelyre a biztosított nem volt jogosult.

☞ (6) Amennyiben a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás jogosulatlan rendelése közgyógyellátás jogcímen történt, a jogosulatlanul rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegén túl a közgyógyellátás jogcímcsoport előírányzatból finanszírozott összeget is meg kell téríteni.

☞ (7) Az (1), a (3), az (5) és (6), valamint a (9) bekezdések, illetőleg a 31. § (5) és a 35. § (6) bekezdése szerinti követelés összege után a jegybanki alapkamat kétszeresét kell fizetni, amennyiben a kamat összege meghaladja az 1000 forintot.

☞ (8) Amennyiben a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök rendelésére jogosult orvos a külön törvényben és annak felhatalmazása alapján kiadott rendeletben foglalt, a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök reklámozására és ismertetésére vonatkozó szabályokat megszegi, úgy - az eljáró hatóság kezdeményezésére - a támogatással történő rendelésre való jogosultságát legfeljebb egy évre fel kell függeszteni.

☞ (9) A szakorvosi javaslatot adó orvos a külön jogszabályban foglalt szakorvosi javaslatra vonatkozó előírások megszegésével adott javaslata alapján rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után köteles megtéríteni a folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének azon részét, amelyre a biztosított nem volt jogosult.

☞ (10) Amennyiben az (1) bekezdés alapján az egészségügyi szolgáltató megtérítési kötelezettsége meghaladja az ellenőrzött időszak alatt az egészségügyi szolgáltatónak járó teljes finanszírozási összeg húsz százalékát, az egészségbiztosító a finanszírozási szerződést felmondhatja.

☞ (11) Amennyiben a 32. § (8) bekezdés szerinti szerződés alapján a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa nem a hatályos jogszabályoknak vagy szakmai szabályoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatásokra történő beutalás során, a szolgáltató köteles megtéríteni az elszámolt ellátás finanszírozási összegét.

38. § (1) Gyógyszer támogatással történő kiszolgáltatásának, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő forgalmazásának ellenőrzése során az egészségbiztosító vizsgálja

a) az egyéves leltáridőszakon belüli beszerzésre, készletváltozásra és értékesítésre vonatkozó okmányokat, valamint a támogatott termékekre vonatkozó leltár termékenkénti adatait,

b) a tényleges készlet összhangját a támogatás alapjául elszámolt vényekkel,

c) a támogatási összeg kiszámításának jogszerűségét és pontosságát,

d) az elszámolás alapját képező adatok nyilvántartására vonatkozó előírások megtartását,

☞ e) az egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz hibás teljesítése esetén a szavatossági igény külön jogszabály szerinti érvényesítéséhez kapcsolódó adatokat,

☞ f) a 30. § (2) bekezdése szerinti, és a kiszolgáltatásra, valamint a forgalmazásra vonatkozó külön jogszabályban foglalt feltételek teljesülését,

☞ g) az egészségbiztosító és a szolgáltató közötti szerződésben foglalt feltételek teljesülését.

(2) Gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtásának az ellenőrzése során az egészségbiztosító az (1) bekezdés c)-d) pontjában foglaltakat vizsgálja.

(3) Ha az (1)-(2) bekezdés alapján megállapításra kerül, hogy a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó szabályokat megszegte, az az így elszámolt támogatásnak a jegybanki alapkamat kétszeresével növelt összegét visszatéríti. A visszatérítési kötelezettség a támogatás jogalap nélküli elszámolását követő 2 éven belül támogatás elszámolása során is érvényesíthető.

☞ (4) Amennyiben a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó előírásokat

☞ a) megszegi, vagy két éven belül ismételten megszegi, és

☞ b) az előírások megszegése vagy az a) pont szerinti időtartamon belül az előírások ismételt megszegése következtében kifizetett támogatás összege meghaladja a külön jogszabályban foglalt mértéket,

☞ a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, illetve ellátás nyújtására jogosító szerződést az egészségbiztosító felmondja. Az érintett egészségügyi szolgáltatóval a 30. § (2) bekezdés alapján új szerződés a szerződés megszűnésétől számított egy évig nem köthető. Nem köthető továbbá a szerződés megszűnésétől számított egy éven belül olyan egészségügyi szolgáltatóval sem szerződés, amelyben a felmondással érintett egészségügyi szolgáltató tagja vagy vezető tisztségviselője tag vagy vezető tisztségviselő.

☞ (5) Amennyiben az egészségbiztosító végzett ellenőrzés során az egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz vonatkozásában olyan hibás teljesítést állapít meg, amely szavatossági igény érvényesítésével nem szüntethető meg, és a gyógyászati segédeszköz készítéséért elszámolt támogatás összege meghaladja a külön jogszabályban meghatározott mértéket, akkor a társadalombiztosítási támogatás elszámolására vonatkozó szerződést azonnali hatállyal fel kell mondani.

(6) A közgyógyellátás jogcímén történő gyógyszer-kiszolgáltatás, gyógyászati segédeszköz-forgalmazás, illetőleg egyéb közgyógyellátás keretében nyújtott ellátás esetében az egészségbiztosító az (1) bekezdés szerinti ellenőrző tevékenysége során - az ott megjelölteken túl - vizsgálja

a) a kiszolgáltatás, forgalmazás, ellátásnyújtás jogcímét,

b) a gyógyszer-kiszolgáltatás gyógyszerkeret összegéig terjedő mértékét,

c) a közgyógyellátás keretében elszámolt térítési díj kiszámításának jogszerűségét és pontosságát.

(7) Ha megállapításra kerül, hogy a kiszolgáltató, forgalmazó, ellátást nyújtó a közgyógyellátásra vonatkozó szabályokat megszegte, az elszámolt támogatásnak a (3) bekezdés szerinti összegén túlmenően a közgyógyellátás jogcímcsoport előírányzatból finanszírozott összegnek a jegybanki alapkamat kétszeresével növelt összegét is visszatéríti.

(8) Amennyiben a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök forgalmazására jogosult személy a külön törvényben és annak felhatalmazása alapján kiadott rendeletben foglalt, a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök reklámozására és ismertetésére vonatkozó szabályokat megszegi, úgy - az eljáró hatóság kezdeményezésére - a támogatással történő forgalmazást legfeljebb egy év időtartamra fel kell függeszteni.

38/A. § Ha az egészségbiztosító az ellenőrzés során megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató

a) a finanszírozási szerződés szerinti,

b) más forrásból megtérülő,

c) el nem végzett

ellátásért a biztosítottal térítési díjat fizettetett, kötelezi az egészségügyi szolgáltatót a térítési díjnak a biztosított részére történő visszafizetésére.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének ellenőrzése

38/B. § (1) Az egészségbiztosító összesíti az egészségügyi szolgáltatóknál és forgalmazóknál vezetett hiteles dokumentációk és a rendelkezésére álló adatok alapján a biztosított által a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat.

☞ (2) Az egészségbiztosító a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén - az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi rendelkezések figyelembevételével - a biztosított személyes adataira és egészségügyi adataira

vonatközoan adategyeztetést kezdeményezhet, helyszíni ellenörzést végezhet (a továbbiakban együtt: adategyeztetés).

(3) Az adategyeztetésen az egészségbiztosító képviselőjén túl kizárólag az érintett biztosított, valamint az általa erre felhatalmazott személy vehet részt. A biztosítottnak az adategyeztetésen közreműködési kötelezettsége van.

(4) Amennyiben a biztosított az (1) bekezdés szerinti összesítésben szereplő valamely egészségügyi szolgáltatás igénybevételét az adategyeztetés során vitatja, az egészségbiztosító az adott egészségügyi szolgáltatást elrendelő, illetve az azt nyújtó egészségügyi szolgáltatónál rendelkezésre álló, a vitatott szolgáltatással kapcsolatos valamennyi dokumentációt ellenörzi.

(5) Az adategyeztetés során az egészségbiztosító a 36. § (2)-(3) és (5) bekezdésben foglaltak figyelembevételével jár el.

38/C-38/D. §

V. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS PÉNZBELI ELLÁTÁSAI

Általános rendelkezések

39. § (1) Az, aki ugyanazon biztosítási jogviszony alapján egyidejűleg táppénzre vagy baleseti táppénzre és terhességi-gyermekágyi segélyre, illetőleg gyermekgondozási díjra is jogosult, választása szerint csak az egyik ellátást veheti igénybe.

(2) Az, aki egyidejűleg gyermekgondozási segélyre, gyermeknevelési támogatásra (a továbbiakban együtt: gyermekgondozási támogatás) és az (1) bekezdés szerinti ellátásokra is jogosult, választása szerint csak az egyik ellátást veheti igénybe, kivéve azt a személyt, aki gyermekgondozási támogatás igénybevétele mellett munkát vállal és keresőképtelenségére tekintettel táppénzre vagy baleseti táppénzre jogosult.

(3) A szülők közös háztartásában élő gyermeke után egyidejűleg csak az egyik szülő jogosult táppénzre, gyermekgondozási díjra.

(4) Ha a szülők a közös háztartásban élő gyermek(ek) után egyidejűleg jogosultak lennének az (1) bekezdés szerinti ellátások és a gyermekgondozási támogatás bármelyik formájára, úgy - kivéve az (5) bekezdésben foglalt esetet - ellátást választásuk szerint csak egy jogcímen és csak az egyik szülő részére lehet megállapítani.

(5) Ha a közös háztartásban élő gyermek után az egyik szülő (1) bekezdés szerinti ellátást, vagy gyermekgondozási támogatást vesz igénybe, úgy a másik szülő gyermekápolási táppénzre szerezhet jogosultságot, feltéve, hogy az ellátások nem ugyanazon gyermek után kerülnek megállapításra.

(6) Az (1)-(5) bekezdésben említett ellátások között a biztosított, illetőleg a szülő a jogosultság fennállása alatt választhat. A táppénz, a baleseti táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a gyermekgondozási segély, valamint a gyermeknevelési támogatás folyósítása alatt választott újabb ellátást a választás napjától - a korábban folyósított ellátás folyósításának megszüntetésével - lehet megállapítani és folyósítani.


39/A. § (1) Az egészségbiztosítási pénzellátás (terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a táppénz) összegének megállapításánál jövedelemként azt az összeget kell figyelembe venni, amely után a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett volt.

(2) A biztosítás megszűnését követően járó pénzellátások összegének megállapítására és folyósítására a biztosítottakra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Terhességi-gyermekágyi segély

40. § (1) Terhességi-gyermekágyi segély annak jár, aki a szülést megelőzően két éven belül 180 napon át biztosított volt, és

a) a biztosítás tartama alatt vagy a biztosítás megszűnését követő negyvenkét napon belül szül, vagy

 b) a biztosítás megszűnését követően negyvenkét napon túl baleseti táppénz folyósításának, illetve a biztosítási jogviszony megszűnését követően táppénz folyósításának az ideje alatt vagy a folyósítás megszűnését követő huszonnyolc napon belül szül.

(2) A terhességi-gyermekágyi segélyre jogosultsághoz szükséges előzetes 180 napi biztosítási időbe be kell számítani

a) a biztosítás megszűnését követő táppénz, baleseti táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj folyósításának az idejét,

b) közép- vagy felsőfokú oktatási intézmény nappali tagozatán egy évnél hosszabb ideje folytatott tanulmányok idejét,

c) a rehabilitációs járadék folyósításának idejét.

(3) A terhességi-gyermekágyi segély a szülési szabadságnak megfelelő időtartamra jár.

(4) Terhességi-gyermekágyi segély a gondozásba vétel napjától a szülési szabadság még hátralevő tartamára annak a nőnek is jár, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette, ha az (1) bekezdésben foglalt feltételek a gondozásba vétel napján fennállnak.

41. § (1) Nem jár terhességi-gyermekágyi segély a biztosítottnak

a) a szülési szabadságnak arra a tartamára, amelyre a teljes keresetét megkapja,

b) ha bármilyen jogviszonyban díjazás - ide nem értve a szerzői jog védelme alatt álló alkotásért járó díjazást és a személyi jövedelemadó-mentes tiszteletdíjat - ellenében munkát végez, vagy hatósági engedélyhez kötött keresőtevékenységét személyesen folytatja.

(2) Annak a biztosítottnak, aki a keresetét részben kapja meg, csak az elmaradt keresete után jár terhességi-gyermekágyi segély.

42. § (1) A terhességi-gyermekágyi segély a napi átlagkereset 70%-a.

(2) A terhességi-gyermekágyi segély alapjául szolgáló jövedelem naptári napi átlagát a 48. § (1)-(3) bekezdésében foglaltak szerint kell megállapítani.

(3) A (2) bekezdésben nem említett biztosított terhességi-gyermekágyi segélyének naptári napi összegét a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszerese harmincad részének figyelembevételével kell megállapítani. Ha azonban a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulék alapját képező jövedelme a minimálbér kétszeresét nem éri el, a tényleges jövedelmet kell figyelembe venni.

(4) A terhességi-gyermekágyi segély naptári napi összegének megállapítására vonatkozó részletes szabályokat a Kormány állapítja meg.

(5) A terhességi-gyermekágyi segélyre, ha jogszabály eltérő rendelkezést nem tartalmaz, a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni.

Gyermekgondozási díj

42/A. § (1) Gyermekgondozási díjra jogosult

a) a biztosított szülő, ha a gyermekgondozási díj igénylését - a gyermeket szülő anyja esetén a szülést - megelőzően két éven belül 180 napon át biztosított volt,

b) a terhességi-gyermekágyi segélyben részesült anyja, akinek a biztosítási jogviszonya a terhességi-gyermekágyi segély igénybevételenek időtartama alatt megszűnt, feltéve, hogy a terhességi-gyermekágyi segélyre való jogosultsága a biztosítási jogviszonyának fennállása alatt keletkezett és a szülést megelőzően két éven belül 180 napon át biztosított volt, és a gyermeket saját háztartásában neveli.

(2) A 39. § (3)-(5) bekezdése, valamint az (1) bekezdés a) pontjának alkalmazásakor szülő alatt érteni kell

a) a vér szerinti és az örökbefogadó szülőt, továbbá a szülővel együtt élő házastársat,

b) azt a személyt, aki a saját háztartásában élő gyermeket örökbe kívánja fogadni, és az erre irányuló eljárás már folyamatban van,

c) a gyámot.

(3)

(4) A gyermekgondozási díjra történő jogosultsághoz szükséges előzetes 180 napi biztosítási időbe be kell számítani

a) a biztosítás megszűnését követő táppénz, baleseti táppénz, terhességi-gyermekágyi segély idejét,

b) a közép- vagy felsőfokú oktatási intézmény nappali tagozatán egy évnél hosszabb ideig folytatott tanulmány idejét,

c) a rehabilitációs járadék folyósításának idejét.

42/B. § A gyermekgondozási díj legkorábban a terhességi-gyermekágyi segély, illetőleg az annak megfelelő időtartam lejártát követő naptól a gyermek 2. életévének betöltéséig jár. Ha a gyermeket szülő nő - ideértve a gyermeket örökbe fogadni szándékozó nőt is - meghal, vagy a gyermek nem az ő háztartásában nevelkedik, úgy a gyermekgondozási díj az arra jogosult személynek a terhességi-gyermekágyi segélyre jogosító időtartamra, illetőleg annak fennmaradó részére is jár.

42/C. § Nem jár a gyermekgondozási díj, ha

a) a jogosult bármilyen jogviszonyban díjazás - ide nem értve a szerzői jog védelme alatt álló alkotásért járó díjazást - ellenében munkát végez, vagy hatósági engedélyhez kötött keresőtevékenységét személyesen folytatja;

b) a jogosult - munkavégzés nélkül - megkapja teljes keresetét, ha a keresetét részben kapja meg, csak az elmaradt kereset után jár gyermekgondozási díj;

c) a jogosult egyéb rendszeres pénzellátásban - ide nem értve az álláskeresői járadékot és segélyt, a vállalkozói és a munkanélküli járadékot, valamint az álláskeresőt ösztönző juttatást - részesül [1993. évi III. törvény 4. § (1) bek. i) pont];

d) a gyermeket - a külön jogszabályban foglaltak szerint - ideiglenes hatállyal elhelyezték, átmeneti vagy tartós nevelésbe vették, továbbá ha harminc napot meghaladóan bentlakásos szociális intézményben helyezték el;

e) a gyermeket napközbeni ellátást biztosító intézményben (bölcsőde, családi napközi, házi gyermekfelügyelet) helyezték el, ide nem értve a rehabilitációs, habilitációs foglalkozást nyújtó intézményi elhelyezést;

f) a jogosult előzetes letartóztatásban van, vagy szabadságvesztés, elzárás büntetését tölti.

42/D. § (1) A gyermekgondozási díj a naptári napi átlagkereset 70 százaléka, de legfeljebb havonta a mindenkori minimálbér kétszeresének 70 százaléka.

(2) A gyermekgondozási díj alapjául szolgáló naptári napi átlagkeresetet a 48. § (1)-(3) bekezdése szerint kell megállapítani.

(3) A (2) bekezdésben nem említett jogosult gyermekgondozási díjának naptári napi összegét a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszerese harmincad részének figyelembevételével kell megállapítani. Ha azonban a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulék alapját képező jövedelme, illetve a munkanélküli ellátás alapját képező jövedelme a minimálbér kétszeresét nem éri el, a tényleges jövedelmet kell figyelembe venni.

(4) A maximális összegben megállapított gyermekgondozási díj összegét minden év január 15-éig - hivatalból felül kell vizsgálni, és a tárgyévre érvényes összeghatár figyelembevételével január 1-jei időponttól újra meg kell állapítani.


(5) Ha a gyermekgondozási díjat ugyanazon gyermek után és ugyanazon személy számára ismételtlen állapítják meg, úgy a díj összege azonos lesz az első ízben megállapított, de a (4) bekezdésben foglaltak szerint korrigált díj összegével.

(6) Ha a biztosított egyidejűleg fennálló több jogviszony alapján jogosult gyermekgondozási díjra, a jogviszonyonként megállapított díjak összegét egybe kell számítani, az ellátás összege egybeszámítás esetén sem haladhatja meg az (1) bekezdésben megállapított legmagasabb összeget.

Táppénz

43. § (1) Táppénzre jogosult az, aki a biztosítás fennállása alatt, vagy annak megszűnését követő első, második vagy harmadik napon keresőképtelenné válik és a Tbj.-ben meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett.

(2) Egyidejűleg fennálló több biztosítási jogviszony esetén a keresőképtelenséget és a táppénzre való jogosultságot, azok időtartamát, az ellátás mértékét, illetőleg összegét mindegyik jogviszonyban külön-külön kell megállapítani. E rendelkezés vonatkozik arra az esetre is, ha a több biztosítási jogviszony ugyanannál a foglalkoztatónál áll fenn.

 (3) Ha a biztosított táppénzre jogosultsága a megszűnt biztosítása és a keresőképtelenség bekövetkezésekor fennálló vagy a keresőképtelenség bekövetkezését követően létrejött biztosítása alapján is megállapítható, táppénzre csak a fennálló, vagy a keresőképtelenség bekövetkezését követően létrejött biztosítása alapján jogosult. Egyidejűleg fennálló több jogviszonyból származó jogosultságra a (2) bekezdésben foglaltakat kell alkalmazni.

44. § Keresőképtelen,

a) aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni;

b) aki terhessége, illetőleg szülése miatt nem tudja munkáját ellátni, és terhességi-gyermekágyi segélyre nem jogosult;

c) az anya, ha kórházi ápolás alatt álló egyévesnél fiatalabb gyermekét szoptatja;

d)

e) az a szülő, nevelőszülő és helyettes szülő, aki tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja;

f) aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül;

g) akit közegészségügyi okból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okból hatóságilag elkülönítenek, továbbá aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható.

45. § (1) A betegség okozta keresőképtelenség elbírálásánál az a foglalkozás, illetőleg az a munkakör az iránymű, amelyben a biztosított a keresőképtelenségét közvetlenül megelőzően dolgozott.

(2) A keresőképtelenség elbírálására az egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerződésben nevesített orvosa és a keresőképtelenség elbírálására jogosító szerződést kötött orvos jogosult.

(3) A keresőképtelenség a vizsgálatra jelentkezés időpontjától eltérően, legfeljebb öt napra visszamenőleg is igazolható.

(4) Kivételesen indokolt esetben - a (3) bekezdésben foglaltaktól eltérően - az orvosszakértői szerv a keresőképtelenséget a vizsgálatra jelentkezés időpontjától legfeljebb hat hónapra visszamenőleg is igazolhatja.

46. § (1) Táppénz a keresőképtelenség tartamára jár, legfeljebb azonban

a) a biztosítási jogviszony fennállásának időtartama alatt egy éven át, a biztosítási jogviszony megszűnését követően 30 napon át;

b) egyévesnél fiatalabb gyermek szoptatása, illetőleg ápolása címén a gyermek egyéves koráig;

c) egyévesnél idősebb, de háromévesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként nyolcvannégy naptári napon át;

d) háromévesnél idősebb, de hatévesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként negyvenkettő, egyedülállónak nyolcvannégy naptári napon át;

e) hatévesnél idősebb, de tizenkét évesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként tizennégy, egyedülállónak huszonnyolc naptári napon át.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően a biztosított, ha részére külön törvény rendelkezése szerint betegszabadság jár, a 44. § a) és f) pontjában említett keresőképtelenség esetében táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejártát követő naptól jogosult.

(3) Az, aki keresőképtelenségét közvetlenül megelőző egy évnél rövidebb ideig volt folyamatosan biztosított, táppénzt csak a folyamatos biztosításának megfelelő időn át kaphat.

(4) Biztosításának a tartamára tekintet nélkül jár a táppénz annak, aki

a) tizennyolc éves kora előtt válik keresőképtelenné, vagy

b) iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül biztosítottá válik, és keresőképtelenségéig megszakitás nélkül biztosított.

(5) Ha a biztosított a keresőképtelenség első napját közvetlenül megelőző egy éven belül már táppénzben részesült, ennek időtartamát az újabb keresőképtelenség alapján járó táppénz folyósításának időtartamába be kell számítani.

(6) Az (5) bekezdés alkalmazásában nem számít előzménynek az az idő, amely alatt a biztosított

a) egyévesnél fiatalabb gyermek szoptatása,

b) beteg gyermek ápolása,

c) közegészségügyi okból foglalkozástól eltiltás, hatósági elkülönítés vagy a járványügyi, illetőleg állategészségügyi zárlat miatt részesült táppénzben.

(7) A biztosításban töltött idő akkor folyamatos, ha abban 30 napnál hosszabb megszakítás nincs. A 30 napi megszakítás időtartamába nem számít be a táppénz, a baleseti táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a gyermekgondozási segély folyósításának az ideje.

47. § (1) A táppénz - a (2) bekezdésben foglaltak kivételével - minden naptári napra jár, ideértve a szabadnapot, a heti pihenőnapot és a munkaszüneti napot is.

(2) Nem jár táppénz

a) a keresőképtelenségnek arra az időtartamára, amelyre a biztosított átlagkeresetre jogosult, illetőleg, amely alatt a biztosítás szünetel, munkavégzési kötelezettség hiányában keresetvesztéség nincs, továbbá a betegszabadság lejártát követő szabadnapra és heti pihenőnapra, ha az azt követő munkanapon (munkaszüneti napon) a keresőképtelenség már nem áll fenn,

b) a keresőképtelenségnek arra a tartamára, amelyre a biztosított a teljes keresetét megkapja, illetve, ha a keresetét részben kapja meg, a részben megkapott kereset után,

c) a gyermekgondozási segély folyósításának az idejére, ide nem értve a segély mellett végzett munka alapján járó táppénzt,

d) az előzetes letartóztatás és a szabadságvesztés tartamára,

e) a saját jogú nyugdíj folyósításának időtartamára.

(3) A táppénz folyósítását meg kell szüntetni, ha a jogosult az elrendelt orvosi vizsgálaton elfogadható ok nélkül nem jelent meg, vagy a keresőképeség elbírálását külön jogszabályban foglaltak szerint ellenőrző (fő)orvos vizsgálatához nem járult hozzá. Az ellenőrző (fő)orvos - a kezelő orvos jelenlétében - a keresőképeséget a jogosult tartózkodási helyén is ellenőrizheti. A táppénz folyósítását akkor is meg kell szüntetni, ha a táppénzre jogosult a keresőképeséget elbíráló orvos utasításait nyilvánvalóan nem tartja be, illetőleg a gyógyulását tudatosan késlelteti.

48. § (1)

(2) A táppénz összegét a táppénzre jogosultság kezdő napját közvetlenül megelőző naptári évben elért, pénzbeli egészségbiztosítási járulék alapját képező jövedelem (a továbbiakban: jövedelem) naptári napi átlaga alapján kell megállapítani.

(3) Ha a biztosított a (2) bekezdésben megjelölt időtartam alatt nem rendelkezett legalább 180 naptári napi jövedelemmel, a táppénz összegét a táppénzre jogosultság kezdő napját megelőző 180 naptári napi jövedelem napi átlaga alapján kell megállapítani. A 180 naptári napi jövedelmet legfeljebb a táppénzre jogosultság kezdő napját közvetlenül megelőző naptári év első napjáig lehet figyelembe venni, ha a biztosítási idő folyamatos. A folyamatos biztosítási idő [46. § (7) bek.] megszakítása esetén a táppénz alapjaként a megszakítást megelőző jövedelmet nem lehet figyelembe venni.

(4) Ha a biztosított a (2)-(3) bekezdésben (irányadó időszakban) táppénzalapként meghatározott jövedelemmel nem rendelkezik, táppénzét - az (5) bekezdésben foglaltak kivételével - a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér alapulvételével kell megállapítani, kivéve, ha a szerződés szerinti vagy a tényleges jövedelme a minimálbért nem éri el. Ez esetben a táppénz alapja a szerződés szerinti, ennek hiányában a tényleges jövedelem.

(5) Ha a biztosítottak azért nem volt a (2)-(3) bekezdés szerint figyelembe vehető jövedelme, mert táppénzben, terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban részesült, a táppénz naptári napi összegét a korábban folyósított ellátás alapját képező összeg figyelembevételével kell megállapítani, ha az a (4) bekezdés szerint megállapított összegnél kedvezőbb.

(6) A naptári év folyamán ismételten keresőképtelenné vált biztosított táppénzét a korábbi táppénzének az alapját képező kereset napi átlaga alapján kell megállapítani, ha

a) a korábbi keresőképtelensége is az újabb keresőképtelensége első napját magában foglaló naptári évben kezdődött, és

b) a korábbi táppénzét a (2)-(3) bekezdésben foglaltak alapján állapították meg.

(7) A táppénz alapjaként figyelembe vehető, a (2) bekezdésben meghatározott jövedelem naptári napi átlagának kiszámítására vonatkozó részletes szabályokat a Kormány állapítja meg.

(8) A táppénz összege folyamatos, legalább kétévi biztosítási idő esetében a figyelembe vehető jövedelem naptári napi átlagának hatvan százaléka, ennél rövidebb biztosítási idő esetében vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás tartama alatt ötven százaléka, azzal, hogy a táppénz egy napra járó összege nem haladhatja meg a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér 400 százalékának, a biztosítási jogviszony megszűnését követően a minimálbér 150 százalékának harmincad részét.

48/A. § Amennyiben a biztosítási jogviszonya megszűnését követően táppénzre jogosult egészségi állapota alapján várható, hogy a 46. § (1) bekezdésének a) pontjában meghatározott idő elteltével a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvénynek (a továbbiakban: Tny.) 23. §-a szerinti nyugellátásra, illetőleg a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Rjtv.) szerinti rehabilitációs járadékra válik jogosulttá, a keresőképességét elbíráló orvos a táppénzre való jogosultság lejártá előtt legalább 15 nappal kezdeményezi az egészségkárosodás mértékének külön jogszabály szerint történő megállapítását.

49. § (1) A gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás vagy az ápolási díj mellett munkát végző biztosítottra a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy


a) a táppénzfolyósítás időtartamának megállapításánál biztosítási időként csak a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás vagy az ápolási díj folyósításának időtartama alatt biztosítási jogviszonyban töltött napokat lehet figyelembe venni,


b) a táppénz összegének megállapításánál a biztosítási jogviszonynak az a) pontban meghatározott időtartam alatt elért, biztosítási jogviszonyból származó pénzbeli egészségbiztosítási járulék alapját képező jövedelmet kell figyelembe venni a 48. §-ban foglaltak szerint.


(2) Az (1) bekezdésben foglaltakat kell alkalmazni arra a saját jogú nyugdíjas foglalkoztatottra, aki pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett.

Méltányosságból igénybe vehető pénzbeli ellátások

50. § (1) Az egészségbiztosítási szerv - az E. Alap éves költségvetésében meghatározott keretek között - méltányosságból terhességi-gyermekágyi segélyt, gyermekgondozási díjat és táppénzt akkor állapíthat meg a biztosított részére, ha a biztosított az ahhoz szükséges biztosítási idővel nem rendelkezik.

 (2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl az egészségbiztosító méltányosságból a 46. § (1) bekezdés c)-e) pontjaiban meghatározott időtartamot meghaladóan is állapíthat meg gyermekápolási táppénzt a 44. § e) pontja szerinti keresőképtelen biztosítottak részére.

 (3) A biztosítási jogviszony megszűnése után folyósított táppénz lejártát követően az egészségbiztosítási szerv méltányosságból legfeljebb 30 napra állapíthat meg táppénzt.

 (4) A méltányosságból megállapítható pénzbeli ellátások folyósításának idejét és összegét az egészségbiztosítási szerv a méltányossági kérelem elbírálása során az V. fejezetben foglaltaktól eltérően határozhatja meg, azzal, hogy az összege nem haladhatja meg

a) terhességi-gyermekágyi segély esetén a 42. § (3) bekezdése szerinti összeget,

- b) gyermekgondozási díj esetén a 42/D. § (3) bekezdése szerinti összeget,
c) az (1) bekezdés szerinti táppénz esetén - a biztosítási idő figyelembevételével - a 48. § (8) bekezdése szerinti összeget,
☞ d) a (3) bekezdés szerinti táppénz esetén a biztosítási jogviszony megszűnése után folyósított táppénz összegét.
☞ (5) Az egészségbiztosító méltányosságból a biztosítottat indokolt esetben segélyben részesítheti.

VI. Fejezet

BALESETI ELLÁTÁS

Üzemi baleset és foglalkozási megbetegedés

- 51. §** (1) Baleseti ellátás üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén jár.
(2) Baleseti ellátásként a sérültet baleseti egészségügyi szolgáltatás, baleseti táppénz és baleseti járadék illeti meg.
☞ **52. §** (1) Üzemi baleset az a baleset, amely a biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben éri. Üzeminek minősül az a baleset is, amelyet a biztosított munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben szenved el (a továbbiakban: úti baleset). Üzemi baleset az is, amely a biztosítottat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevétele során éri.
(2) A társadalombiztosítási ellátás igénybevétele során bekövetkezett balesetek közül üzeminek az számít, amely a biztosítottat keresőképtelenségének vagy rokkantságának, továbbá az egészségkárosodás mértékének, rehabilitálhatóságának az elbírálása céljából elrendelt, illetőleg a keresőképessé váláshoz szükséges egyéb vizsgálaton vagy kezeléssel történt megjelenésével összefüggésben érte.
(3) Foglalkozási betegség az a betegség, amely a biztosított foglalkozásának a különös veszélye folytán keletkezett.
(4) Ha e törvény eltérően nem rendelkezik, üzemi baleseten a foglalkozási betegséget, üzemi baleseti sérültön a foglalkozási betegségben megbetegedettet is érteni kell.
53. § (1) Nem üzemi baleset az a baleset, amely
a) kizárólag a sérült ittassága miatt, vagy
b) munkahelyi feladatokhoz nem tartozó, engedély nélkül végzett munka, engedély nélküli járműhasználat, munkahelyi rendbontás során, vagy
c) a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben, indokolatlanul nem a legrövidebb útvonalon közlekedve, vagy az utazás indokolatlan megszakítása során történt.
(2) Az, aki sérülését szándékosan okozta, vagy az orvosi segítség igénybevételével, illetőleg a baleset bejelentésével szándékosan késlekedett, az egészségbiztosítás baleseti ellátásaira nem jogosult.

Baleseti egészségügyi szolgáltatás

- 54. §** (1) Az üzemi balesetből vagy foglalkozási megbetegedésből (a továbbiakban együtt: üzemi baleset) eredő egészségkárosodás miatt igénybe vett gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás árához - amennyiben a támogatás mértéke a nulla százalékot meghaladja - százszázalékos mértékű támogatás jár.
(2) Az (1) bekezdés szerinti támogatás összege azonos a támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás - az igénybevételkor érvényes, külön jogszabály szerint a támogatás alapjául elfogadott - árával.
(3) A biztosított térítésmentesen jogosult az üzemi balesetével közvetlenül összefüggő, a 23. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátásra.

Baleseti táppénz

- 55. §** (1) Baleseti táppénz annak jár, aki a biztosítás fennállása alatt, vagy a biztosítás megszűnését követő legkésőbb harmadik napon üzemi baleset következtében keresőképtelenné válik.
(2) Keresőképtelen az, aki az üzemi balesettel összefüggő és gyógykezelést igénylő egészségi állapota miatt vagy gyógyászati segédeszköz hiányában munkát végezni nem tud.

(3) A baleseti táppénz - az előzetes biztosítási időre és táppénzfolyósításra tekintet nélkül - egy éven keresztül jár azzal, hogy a baleseti táppénz folyósítása legfeljebb egy évvel meghosszabbítható.

(4) Nem jogosult baleseti táppénzre az, aki ugyanazon üzemi balesetből eredően baleseti rokkantsági nyugdíjban vagy baleseti járadékban részesül.

(5) A baleseti táppénzre való jogosultság megállapításánál a betegszabadságra vonatkozó rendelkezéseket nem kell alkalmazni.

(6) A baleseti táppénz összegét annál a munkáltatónál elért jövedelem alapján kell megállapítani, ahol az üzemi baleset bekövetkezett, illetőleg ahol az üzemi balesetet szenvedett személy biztosítási jogviszonya fennáll.

☞ (7) A baleseti táppénz összege azonos a baleseti táppénzre való jogosultság kezdő napját közvetlenül megelőző naptári hónapban végzett munkáért, tevékenységért kifizetett (elszámolt), a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelme naptári napi összegével, úti baleset esetén annak kilencven százalékával. Ha a biztosított a baleseti táppénzre való jogosultságot megelőző hónapban nem volt pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett, a baleseti táppénz összege a balesetet megelőzően elért tényleges, annak hiányában a szerződés szerinti jövedelméből számított naptári napi átlagjövedelem, úti baleset esetén annak kilencven százaléka.

☞ (8) Az egyéni és a társas vállalkozó baleseti táppénzének alapját a táppénzre vonatkozó rendelkezések szerint kell megállapítani. A baleseti táppénz mértéke az alapját képező jövedelem száz százaléka, úti baleset esetén annak kilencven százaléka.

☞ (9) Ha a biztosított a (7) bekezdésben említett időtartam alatt - jövedelem hiányában - pénzbeli egészségbiztosítási járulékot nem fizetett, a baleseti táppénz összege azonos a szerződés szerinti jövedelme naptári napi összegével, úti baleset esetén annak kilencven százalékával.

56. § (1) A biztosított baleseti táppénzre abban a jogviszonyában jogosult, amelyben az üzemi baleset éri.

(2) Pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére nem kötelezett biztosított, illetőleg baleseti ellátásra jogosult baleseti táppénzét az 55. § (7)-(8) bekezdése szerint kell megállapítani azzal az eltéréssel, hogy jövedelemként azt az összeget kell figyelembe venni, amely után a foglalkoztató, az egyéni vállalkozó, a társas vállalkozás pénzbeli egészségbiztosítási járulékot fizetett. A kiegészítő tevékenységet folytató egyéni és társas vállalkozó baleseti ellátását az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege 150 százalékának alapulvételével kell megállapítani.

(3) A saját jogú nyugdíj mellett munkát végző biztosított baleseti táppénzének alapjaként csak a nyugdíjasként elért és a (2) bekezdésben említett jövedelmet lehet figyelembe venni.

(4) A baleseti táppénzre - ha eltérő rendelkezés nincs - a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni.

(5) Ha a sérült az első ízbeni baleseti táppénzre való jogosultság megszűnését követő 180 napon belül ugyanazon üzemi baleset következtében újból keresésképtelenné válik, a baleseti táppénz összege a korábnál kevesebb nem lehet.

(6) Ha a biztosított foglalkozási betegség alapján jogosult baleseti táppénzre, az üzemi baleset napjának a foglalkozási betegség orvosilag megállapított napját kell tekinteni.

Baleseti járadék

57. § (1) Baleseti járadékra az jogosult, akinek üzemi baleset következtében tizenhárom százalékot meghaladó egészségkárosodása keletkezett, de baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék nem illeti meg.

(2) Ha az egészségkárosodás mértéke a húsz százalékot nem haladja meg, a baleseti járadék legfeljebb két éven át, ha meghaladja, az egészségkárosodás tartamára időbeli korlátozás nélkül jár.

(3) A (2) bekezdéstől eltérően a szilikózisból és aszbesztózisból eredő és húsz százalékot meg nem haladó egészségkárosodás fennállása alatt a baleseti járadék időbeli korlátozás nélkül jár.

(4) A baleseti járadékra jogosultság azzal a nappal nyílik meg, amelytől az igénylő tizenhárom százalékot meghaladó egészségkárosodását megállapították. Ha az igénylő ezen a napon baleseti táppénzben részesül, a jogosultság a táppénz megszűnését követő nappal nyílik meg. A (2) bekezdésben meghatározott két évet attól a naptól kell számítani, amelytől az 58. § (1) bekezdés a) pontja szerinti baleseti járadékot megállapították.

58. § (1) A baleseti járadék mértéke az üzemi baleset okozta egészségkárosodás fokától függ. Az egészségkárosodás fokának megfelelően

a) az 1. baleseti fokozatba tartozik az, akinek az egészségkárosodása 14-20 százalék,

b) a 2. baleseti fokozatba tartozik az, akinek az egészségkárosodása 21-28 százalék,

c) a 3. baleseti fokozatba tartozik az, akinek az egészségkárosodása 29-39 százalék,

d) a 4. baleseti fokozatba tartozik az, akinek az egészségkárosodása 39 százalékot meghaladó mértékű.

(2) A baleseti járadék összege az (1) bekezdésben meghatározott fokozatok sorrendjében a havi átlagkereset nyolc, tíz, tizenöt, illetőleg harminc százaléka.

59. § (1) A baleseti járadékot a balesetet közvetlenül megelőző egy éven belül elért kereset havi átlaga alapján kell megállapítani.

(2) A foglalkozási betegség alapján járó baleseti járadékot a foglalkozási betegség veszélyének kitett munkakörben (munkahelyen) elért utolsó egyévi kereset havi átlaga alapján kell megállapítani. Ha az igénylő a baleseti járadék megállapítását megelőző öt éven belül ilyen munkakörben (munkahelyen) egy évnél rövidebb időn át dolgozott, e rövidebb időre kapott kereset havi átlagát kell alapul venni.

(3) A szilikózis vagy azbesztózis alapján járó baleseti járadék megállapításánál a szilikózis vagy azbesztózis veszélyének kitett munkakörben az öt évnél korábban elért keresetet is figyelembe kell venni, ha az igénylő az öt éven belül ilyen munkakörben egy évnél rövidebb ideig dolgozott és a kereset így megállapított átlaga kedvezőbb.

(4) A baleseti járadék alapját képező havi átlagkereset megállapításánál - az (5) bekezdésben foglalt eltéréssel - a nyugdíj alapját képező havi átlagkereset kiszámítására vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni.

(5) A havi átlagkereset megállapításánál

a) a nyugdíjjárulék alapját képező keresetet kell figyelembe venni,

b) a figyelembe vett keresetet nem kell csökkenteni a magánszemélyek jövedelemadóival (képzett adójával).

(6) Ha a baleseti járadékot nyugdíjasként elszenvedett üzemi baleset alapján állapítják meg, a havi átlagkereset összegét a nyugdíjasként elért kereset alapján kell meghatározni.

60. § (1) A baleseti fokozat változása esetén a baleseti járadék összegét az új fokozatnak megfelelően módosítani kell.

(2) A baleseti járadékra jogosultság megszűnik, ha az egészségkárosodás a tizenhárom százalékot már nem haladja meg. Ha az egészségkárosodás a tizenhárom százalékot újból meghaladja, a baleseti járadékra jogosultság feléled.

(3) Az 1. fokozatú baleseti járadék két éven át történt folyósítása után a járadékra jogosultság akkor éled fel, ha az egészségkárosodás utóbb három hónapon át a húsz százalékot meghaladja. Ha az egészségkárosodás ismét huszonegy százalék alá csökken, a tizenhárom százalékot azonban meghaladja, a baleseti járadék ennek az állapotnak a tartamára - legfeljebb két éven át - újból jár.

(4) A baleseti járadék módosításánál, illetőleg újbóli megállapításánál azt az átlagkeresetet kell figyelembe venni, amelynek alapján a baleseti járadékot utóljára megállapították.

VII. Fejezet

A PÉNZBELI ELLÁTÁSOKKAL KAPCSOLATOS IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

Általános rendelkezések

61. § (1)

(2) Az egészségbiztosítási pénzbeli ellátás iránti igény az igénybejelentés napjától visszamenőleg legfeljebb hat hónapra érvényesíthető. Az ellátást legkorábban az igénybejelentés napját megelőző 6. hónap első napjától lehet megállapítani.

(3) Az igénybejelentés napja a kérelem benyújtásának - vagy ha a kérelmet posta útján terjesztették elő a kérelem postára adásának - igazolt napja.

(4) Az egészségbiztosítási pénzbeli ellátás tárgyában benyújtott kérelem érdemi elbírálása tárgyában kizárólag az e törvényben meghatározott esetekben nem kell határozatot hozni, ha a hatóság a kérelemnek teljes mértékben helyt ad.

(5)

(6) Az igényelbíráló szerv az ügyfelet személyes megjelenésre is felhívhatja az igény elbírálása érdekében. Ha az ellátásban részesülő az orvosi vizsgálaton vagy a kórházban a jogkövetkezményekről való tájékoztatást tartalmazó ismételt felhívásra sem jelenik meg, vagy az orvosi felülvizsgálatnak, kórházi megfigyelésnek elfogadható indok nélkül nem veti magát alá és emiatt a kérelmet elbírálni nem lehet, az eljárást meg kell szüntetni.

(7) Ha a kérelem elbírálása után megállapítást nyer, hogy a kérelmet jogszabálysértő módon elutasították, vagy alacsonyabb összegű ellátást állapítottak meg, illetőleg folyósítottak, a jogszabálysértés felfedésétől visszafelé számított öt éven belül járó összeget és az utána járó - a Tbj.-ben meghatározott - késedelmi pótlékot utólag ki kell fizetni.

(8) Az esedékessé vált és fel nem vett ellátást az esedékességtől számított egy éven belül lehet felvenni.

(9)

(10) A jogosult halála esetén a fel nem vett ellátást a vele közös háztartásban együtt élt házastárs, gyermek, unoka, szülő, nagyszülő és testvér egymást követő sorrendben, ezek hiányában az örökös veheti fel a halál napjától vagy a hagyatéki végzés jogerőre emelkedése napjától számított egy éven belül.

Betegség és anyaság esetére járó pénzbeli ellátások iránti igény

62. § (1) A terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj és a táppénz iránti kérelmet a biztosítottnak a Tbj. 4. § a) pontja szerinti foglalkoztatónál kell előterjeszteni.

(2) A terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj és a táppénz iránti kérelmet

a) a kifizetőhellyel rendelkező munkáltató esetében a kifizetőhely,

b)

c) egyéb esetben az egészségbiztosító


bírálja el és folyósítja.

(3)

(4) A kérelemben foglaltak teljesítése esetén nem kell határozatot hozni.

(5) A táppénzt utólag kell folyósítani, a (2) bekezdés a) pontjában említett esetben a bérfizetési napon.

(6) A terhességi-gyermekágyi segélyt, a gyermekgondozási díjat havonta utólag kell folyósítani, a (2) bekezdés a) pontjában említett esetekben a bérfizetési napon, egyéb esetekben a tárgyhónapot követő hónap 10. napjáig.

 **63. §** (1) Annak, aki egyidejűleg több - biztosítással járó - jogviszonyban kötelezett egészségbiztosítási járulék fizetésére, a táppénz, illetőleg a terhességi-gyermekágyi segély vagy a gyermekgondozási díj iránti kérelmét annak a munkáltatónak kell elbírálni és az ellátást folyósítani, amelyiknél társadalombiztosítási kifizetőhely működik. Több - társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező - munkáltató által történő egyidejű foglalkoztatás esetén az elbírálás és a folyósítás annál a munkáltatónál történik, ahol a biztosítási jogviszony előbb kezdődött. Amennyiben a biztosítási jogviszonyok ugyanazon a napon kezdődnek, a pénzbeli ellátás iránti kérelmet annál a munkáltatónál működő kifizetőhely bírálja el, ahol a biztosított szerződés szerinti jövedelme magasabb.

(2) A táppénzfolyósítás időtartamát és a táppénz összegét jogviszonyonként kell megállapítani.

(3) A kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltatóknak az igénybejelentéssel kapcsolatos kötelezettségeit, továbbá a kifizetőhelyeknek a terhességi-gyermekágyi segély, a táppénz, a baleseti táppénz megállapításával, folyósításával és elszámolásával összefüggő részletes feladatait és eljárási szabályait a Kormány rendeletben határozza meg.

Baleseti ellátások iránti igény

64. § (1) A bejelentett üzemi baleset tényéről a baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv dönt.

(2)


(3) A határozatnak tartalmaznia kell, hogy mikor történt a baleset, és az milyen egészségkárosító következményekkel jár.

(4)

(5) Az üzemi baleset megállapításáról szóló határozatot közölni kell a biztosítóval, a kezelő orvossal, továbbá a keresőképtelenséget elbíráló orvossal.

65. § (1) Az üzemi balesettel összefüggésben egészségbiztosítási baleseti ellátás csak az üzemi baleset tényét megállapító határozat bemutatása esetén állapítható meg.

(2) Az üzemi baleset jogerős megállapításáig a biztosítottnak az általános szabályok szerint rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás árához, továbbá az 54. § (3) bekezdésében foglalt fogászati ellátásért a biztosított által kifizetett térítési díjat a megállapítást követően, a biztosított kérelmére az egészségbiztosító, vasutas dolgozók esetén a vasutas egészségbiztosítási szerv soron kívül megtéríti.

 (3) A baleseti táppénz iránti kérelem benyújtására, elbírálására és folyósítására a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni azzal, hogy a baleseti táppénz meghosszabbítása esetén az orvosszakértői szervet szakértőként kell igénybe venni.

(4) A baleseti járadék iránti igényt a nyugdíj-megállapító szervnél kell bejelenteni.

(5) A baleseti járadék iránti kérelem elbírálására és folyósítására a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvénynek (a továbbiakban: Tny.) a nyugellátások megállapítására és folyósítására vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni.

(6) A baleseti járadék iránti igényt az üzemi baleset bekövetkezése napjától számított három éven belül, illetőleg a foglalkozási megbetegedés megállapítását követő egy éven belül lehet a kérelem benyújtásával érvényesíteni.

VIII. Fejezet

FELELŐSSÉGI SZABÁLYOK

Visszafizetési és megtérítési kötelezettség

66. § (1) Az, aki egészségbiztosítás ellátásai közül pénzbeli ellátást, baleseti járadékot, baleseti táppénzt, vagy utazási költséghez nyújtott támogatást (e szakasz alkalmazásában együtt: ellátás) jogszerűen vett fel, köteles azt visszafizetni, ha erre a felvételtől számított harminc napon belül írásban kötelezték.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott idő elteltével a jogszerűen felvett ellátást attól lehet visszakövetelni, akinek az ellátás felvétele felróható.

(3) A foglalkoztató és egyéb szerv köteles megtéríteni a jogszerűen felvett ellátást, ha az ellátás jogszerűen felvett megállapítása, illetőleg folyósítása mulasztásának vagy a valóságtól eltérő adatszolgáltatásának a következménye és az ellátást az (1) bekezdés alapján visszakövetelni nem lehet.

(4) Ha az ellátás jogszerűen felvett megállapításáért, illetőleg felvételéért a foglalkoztatót vagy egyéb szervet és az ellátásban részesülőt is felelősség terheli, a jogszerűen felvett ellátást közrehatásuk arányában kötelesek megtéríteni, illetőleg visszafizetni. Ha a közrehatások aránya nem állapítható meg, a felelősöket egyenlő arányban kell megtérítésre, illetőleg visszafizetésre kötelezni.

(5) Ha az ellátás jogszerűen felvett megállapításáért, illetőleg a felvételéért több foglalkoztatót vagy egyéb szervet terhel felelősség, a jogszerűen felvett ellátás megtérítéséért egyetemlegesen felelnek.

(6) A jogszerűen felvett ellátással kapcsolatban a közrehatás arányában megállapított megtérítési kötelezettség nem módosítható azon a címen, hogy a visszafizetésre kötelezettől az őt terhelő rész nem hajtható be, illetőleg azt mérsékeltek, vagy elengedték.

(7) Az a személy, aki EU-Kártyával vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal, valamint a közösségi rendelet szerinti egyéb nyomtatvánnyal úgy vett igénybe egészségügyi szolgáltatást valamely EGT tagállamban, hogy a 6-7. §-ok és a 8/A. § alapján nem volt jogosult annak igénybevételére, köteles az egészségügyi szolgáltatás E. Alapot terhelő költségeit megtéríteni.

67. § (1) A foglalkoztató köteles megtéríteni az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedések miatt felmerült egészségbiztosítási ellátást, ha a baleset vagy megbetegedés annak a következménye, hogy ő vagy megbízottja a reá nézve kötelező munkavédelmi szabályokban foglalt kötelezettségének nem tett eleget, illetőleg ha ő vagy alkalmazottja (tagja) a balesetet szándékosan idézte elő.

(2) Munkaerő-kölcsönzés esetén az (1) bekezdés rendelkezéseinek alkalmazása során a foglalkoztató alatt a Munka Törvénykönyve 193/C. §-ának c) pontjában meghatározott kölcsönvevőt is érteni kell.

68. § (1) Aki az egészségbiztosítási ellátásra jogosult betegségéért, keresőképzetlenségéért, egészségkárosodásáért vagy haláláért felelős - kivéve a 67. §-ban meghatározott esetet -, köteles az emiatt nyújtott egészségbiztosítási ellátást megtéríteni. A megtérítési kötelezettség olyan mértékben áll fenn, amilyen mértékben a felelősség megállapítható.


(2) A felelősség megállapítására, ha jogszabály kivételt nem tesz, a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott károkért fennálló felelősségre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni, azzal az eltéréssel, hogy a felelősség abban az esetben is fennáll, ha az ellátásra jogosultnak vagyoni kára nincs.

(3) A 66. § (3)-(6) bekezdése, a 67. § és az (1)-(2) bekezdés alapján megállapított 5000 forintot meg nem haladó megtérítési kötelezettség esetén a megtérítésre irányuló eljárást nem kell lefolytatni.

(4) A 66. § (1), (2) és (4) bekezdése alapján megállapított, 1000 forintot meg nem haladó visszafizetési kötelezettség esetén a visszafizetésre irányuló eljárást nem kell lefolytatni.

68/A. § (1) A 67-68. §-ok alapján megtérítésre kötelezett a ténylegesen megállapított és folyósított egészségbiztosítási ellátásért, valamint az egészségbiztosítás keretében igénybe vett, finanszírozott egészségügyi szolgáltatásért felelős. A megtérítés összege nem csökkenthető azért, mert az ellátásban részesülőt egyéb címen is megilletné egészségbiztosítási ellátás.

(2) A 66. § (2)-(6) bekezdése alapján visszafizetésre, megtérítésre kötelezettet a visszafizetésre vagy megtérítésre előírt összeg után az Art.-ban meghatározott késedelmi pótlékkal azonos mértékű kamatfizetési kötelezettség terheli.

 (3) A 67-68. §-ok alapján megtérítésre kötelezettet a megtérítésre előírt összeg után kamatfizetési kötelezettség terheli. Nem kell a kamatot megfizetni, ha az érintett az eljárásról való tudomásszerzésével

egyidejűleg a felelősségét írásban elismeri, és nyilatkozatát a követelés teljes kiegyenlítéséig fenntartja, továbbá a követelés összegét határidőben megfizeti.

(4) Az egészségbiztosító jogosult a 67-68. §-ok szerinti megtérítési igényt megalapozó eseménnyel kapcsolatban a más hatóságnál, illetve egyéb szervnél indult eljárás során hozott, a megtérítési igény elbírálásához szükséges döntés megismerésére. Biztosítani kell az egészségbiztosító részére, hogy a döntés alapjául szolgáló iratokba betekinthessen és arról másolatot készíthessen. Az egészségbiztosító megkeresésére a kért iratok másolatát az érintett szerv huszonkét munkanapon belül megküldi a megkereső részére.

68/B. § A biztosított köteles megtéríteni a neki felróható módon jogalap nélkül igénybe vett, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás után folyósított támogatás összegét, közgyógyellátás jogcímen történő rendelés esetén pedig a közgyógyellátás jogcímcsoport előirányzatból finanszírozott összeget is, ha arra a 38/B. § alapján lefolytatott eljárást követően írásban kötelezték.

Az ellátások késedelmes kifizetése

69. § Ha az egészségbiztosító a pénzbeli ellátási igény érvényesítéséről az előírt határidőn belül nem gondoskodik, az Art.-ben meghatározott késedelmi pótlékkal azonos mértékű kamatot köteles fizetni a jogosult részére. Nem kell megfizetni a kamatot, ha a kamat összege nem haladja meg az 1000 forintot.

A követelés érvényesítése


70. § (1) Az egészségbiztosító a követelését

a) a 66. § szerinti visszafizetésre kötelező határozattal, illetőleg megtérítésre kötelező fizetési meghagyással,

b) a 67-68. §-ok szerinti megtérítésre kötelező fizetési meghagyással,

c) a 68/B. § szerinti megtérítésre kötelező határozattal


érvényesíti. A fizetési meghagyás fellebbezéssel meg nem támadható hatósági határozat.


 (2) A 66-68. §-on alapuló követelés a felvett ellátás kifizetésétől, illetőleg az egészségügyi vagy baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételeitől számított öt éven belül, míg a 68/B. §-on alapuló követelés a gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközhoz vagy gyógyászati ellátáshoz nyújtott támogatás igénybevételeitől számított öt éven belül érvényesíthető. Ha a követelésre alapot adó magatartás a bíróság jogerős ítélete szerint büncselekmény, a 66-68. §-on alapuló követelés öt éven túl, a 68/B. §-on alapuló követelés pedig öt éven túl is érvényesíthető mindaddig, amíg a büntethetőség el nem évül.


(3) A jogalap nélkül felvett pénzbeli ellátás és baleseti táppénz visszafizetésére kötelező határozatot az a szerv hozza, amely az ellátást folyósította. A 66. §-on alapuló megtérítésre kötelező fizetési meghagyást az egészségbiztosító, vagy a vasutas egészségbiztosítási szerv hozza. Ez utóbb említett igazgatási szerv rendelkezik hatáskörrel a visszafizetésre kötelező határozat meghozatalára is, ha a visszafizetési kötelezettség mellett a foglalkoztató vagy egyéb szerv (személy) megtérítési kötelezettsége is megállapítható.


(4) A 67. §-on alapuló, fizetési meghagyást az egészségbiztosító, vagy a vasutas egészségbiztosítási szerv hozza.


(5) A 68. §-on alapuló fizetési meghagyást és a 68/B. §-on alapuló határozatot az egészségbiztosító hozza.


 (6) A 66-68/B. §-on és a 80. § (6) bekezdésén alapuló követelés és az érvényesítéséhez kapcsolódó járulékos költség adók módjára behajtandó köztartozásnak minősül.


 (7) Nem kell behajtani a kamat- és késedelmpótlék-tartozást akkor, ha a kötelezett terhére nyilvántartott követelés összege az 1000 Ft-ot nem haladja meg.


 **71. § (1)** Amennyiben a fizetésre kötelezett a fizetésre kötelező döntés jogerőre emelkedésétől számított tizenöt napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, az egészségbiztosítási szerv a követelését


 a) a bankszámlával rendelkező kötelezett esetében azonnali beszedési megbízással,

 b) bankszámlával nem rendelkező kötelezett személy esetében munkabérből vagy egyéb rendszeres járandóságból történő letiltással érvényesíti.

 (2) Ha az (1) bekezdésben meghatározott végrehajtási eljárás nem vezet eredményre, a követelést az egészségbiztosítási szerv megkeresésére az állami adóhatóság adók módjára hajtja be.

 (3) A jogalap nélkül felvett táppénzt, baleseti táppénzt elsősorban táppénzből, baleseti táppénzből kell levonni. A levonás a táppénz, baleseti táppénz harminchárom százalékát nem haladhatja meg.

 (4) A levonással meg nem térült, illetőleg a túlfizetés összegére tekintettel csak hosszabb idő alatt megtérülő követelés összegét a keresetből is le lehet vonni.

 (5) A visszafizetésre kötelezett halála esetén a követelés meg nem térült összegét - az örökség erejéig - az örököstől kell behajtani. A hozzátartozót megillető egészségbiztosítási ellátásból - ide nem értve a jogosult halála hónapjában általa már fel nem vett és a hozzátartozónak járó ellátást - a meg nem térített összeget levonni, illetőleg tőle behajtani nem lehet.

Mérséklés, elengedés

72. § (1) A magánszeméllyel szemben jogalap nélkül felvett, illetőleg igénybe vett ellátás visszatérítése, illetőleg megtérítése címen fennálló követelést az egészségbiztosító méltányosságból mérsékelheti, elengedheti, vagy részletfizetést engedélyezhet.

(2) Az egészségbiztosító méltányosságból a kirótt kamatot, késedelmi pótlékot, illetve mulasztási bírságot mérsékelheti, elengedheti vagy részletfizetést engedélyezhet.

73. § A baleseti járadékkal összefüggő felelősség érvényesítésére a Tny.-nek a nyugellátásokkal kapcsolatos felelősségi szabályait kell alkalmazni azzal, hogy a visszafizetéssel, illetőleg megtérítéssel kapcsolatos feladatokat a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv látja el.

IX. Fejezet


JOGORVOSLAT

Visszavonás, módosítás

74. § Ha a kérelem elbírálása vagy követelés érvényesítése után megállapítást nyer, hogy a fellebbezés elbírálására jogosult hatóság, a felüyeleti szerv vagy bíróság által el nem bírált határozat jogszabályt sért, vagy a kérelmet tévesen utasították el, illetve az ellátás összegét tévesen állapították meg, vagy az ellátást tévesen folyósították, a hatóság a határozat közlésétől számított öt éven belül a határozatot módosítja vagy visszavonja.

75. §

Illeték- és költségmentesség

 **75/A. §** A Tbj.-ben meghatározott egészségbiztosítási és baleseti ellátások (beleértve a méltányosságból igénybe vehető ellátásokat is) biztosított általi igénybevitelével kapcsolatos eljárások, a bírságok kiszabásával kapcsolatos eljárások, valamint a 72. § (1)-(2) bekezdésében szereplő eljárások illeték- és költségmentesek.

Határozat bírósági felülvizsgálata

76. §

77. § (1) A biztosított keresőképesse nyilvánítása miatt panasszal fordulhat az orvosszakértői szervhez. Az orvosszakértői szerv döntése ellen jogorvoslatnak helye nincs.

(2) A méltányossági jogkörben hozott határozat ellen nincs helye fellebbezésnek. A méltányossági jogkörben hozott határozat bírósági felülvizsgálatát kizárólag semmisségére hivatkozva lehet kérni.

78. § A baleseti járadékkal kapcsolatos jogorvoslatokra a Tny.-nek a nyugellátások esetében érvényesíthető jogorvoslatokra vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni.

X. Fejezet


NYILVÁNTARTÁSI ÉS ADATSZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG

79. § (1) Az egészségbiztosító - ideértve a társadalombiztosítási feladatokat külön jogszabály vagy megállapodás alapján ellátó munkáltatókat és egyéb szerveket - természetes személyről adatokat az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai, illetőleg a társadalombiztosítási feladatot ellátó szervek hatáskörébe utalt más ellátások megállapítása, folyósítása és ellenőrzése céljából TAJ-számon, társadalombiztosítási folyószámlaszámon, illetőleg nyugdíjfolyósítási törzsszámon tarthat nyilván.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott célra az alábbi személyes adatok tarthatók nyilván:

- a) természetes személyazonosító adatok,
- b) családi állapot, állampolgárság, eltartott hozzátartozó és élettárs esetén a hozzátartozói minőség,
- c) lakóhely és tartózkodási hely,
- d) foglalkozás, munkahely, munkakör, tevékenység,
- e) az egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges egészségügyi adatok,
- f) jövedelemre vonatkozó adatok.

(3) Az egészségbiztosító nem társadalombiztosítási feladatokat ellátó szerv és természetes személy részére adatot csak törvény, illetve törvény felhatalmazása alapján - a felhasználás céljának és jogalapjának egyidejű megjelölésével - jogszabályban meghatározott módon szolgáltathat.

 (4) A bíróság, az ügyészség, a bűnüldözés és a büntetés-végrehajtás szervei, valamint a nemzetbiztonsági szolgálatok feladataik ellátása érdekében a rájuk vonatkozó törvényekben meghatározott célok és feltételek teljesülése esetén, e törvény felhatalmazása alapján a nyilvántartásba felvett adatok teljes körének igénylésére - figyelemmel az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire is - jogosultak.

79/A. § (1) Az egészségbiztosító az e törvény alapján kötött szerződésekhez kapcsolódóan az Eüak. 4. §-a (2) bekezdésének g) pontjában foglalt célok teljesítése érdekében kezeli az Eüak. 22. §-ának (5) bekezdésében meghatározott adatokat.

(2) Az egészségügyi szolgáltató az (1) bekezdésében meghatározott adatok kezelését, az egészségbiztosító felé történő továbbítását a külön jogszabályban és a szerződésében előírt formában és módon teljesíti.

 (3)

80. § (1) A foglalkoztatók, az egyéni vállalkozók és egyéb szervek az egészségbiztosítás pénzbeli és baleseti ellátásainak megállapításához szükséges - külön jogszabályban meghatározott - nyilvántartások vezetésére, valamint adatok bejelentésére kötelezhetők. A foglalkoztatók és egyéb szervek nem kezelhetnek egészségügyi adatot. A nyilvántartások vezetése, illetve az adatszolgáltatás az egészségbiztosító által meghatározott esetben és módon mágneses adathordozón (mágneslemez, mágnesszalag stb.) is teljesíthető.

(2) Az egészségbiztosító felhívására a társadalombiztosítási feladatok ellátásához szükséges adatokat tizenöt napon belül kell közölni.

(3) Az ellátásban részesülő - ha a jogszabály kivételt nem tesz - köteles az egészségbiztosítónak bejelenteni minden olyan tény, illetőleg adatot, amely az ellátásra jogosultságát vagy ellátása folyósítását érinti.

(4) A társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező munkáltató a biztosítás megszűnését követően folyósított táppénzről, terhességi-gyermekágyi segélyről és gyermekgondozási díjról az Art. 16. §-ának (4) bekezdésében meghatározott adatok feltüntetésével a folyósított ellátás kezdő és befejező időpontját követő 8 napon belül elektronikus úton köteles bejelentést tenni az egészségbiztosítónak.

(5) Ha a Közösségi rendelet vagy a Magyar Köztársaság által kötött nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó személy, valamint a Tbj. 11. §-a a) pontjának hatálya alá tartozó magyar állampolgár TAJ számmal rendelkezik, köteles a külföldön, illetve a nemzetközi szervezet szociális biztonsági rendszerében létrejött biztosítását és annak megszűnését 15 napon belül bejelenteni az egészségbiztosítónak.

(6) Aki az e törvényben meghatározott bejelentési, nyilvántartási, adatszolgáltatási kötelezettséget nem vagy késedelmesen teljesíti, illetőleg annak nem az előírt módon tesz eleget, természetes személy 10 ezertől 100 ezer forintig, a Tbj. 4. § a)-b) pontjában meghatározott foglalkoztató, és egyéni vállalkozó 100 ezer forinttól 1 millió forintig terjedő összegű, az elkövetett mulasztással arányos mulasztási bírság fizetésére kötelezhető. A mulasztási bírságot kiszabó elsőfokú végzés ellen önálló fellebbezésnek van helye.

81. § (1) Az egészségbiztosító szak- és pénzügyi ellenőrzése kiterjed az egészségbiztosítás pénzbeli, illetőleg baleseti ellátásaival összefüggő nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettség teljesítésére, a társadalombiztosítási feladatokat ellátó szervek hatáskörébe tartozó ellátásoknak és szolgáltatásoknak a jogosultak részére történő megállapítására, folyósítására, továbbá az ezekkel összefüggő ügyviteli feladatok ellátására. Az ehhez szükséges nyilvántartásokat, egészségügyi szolgáltatói jelentéseket, könyvelési és egyéb okmányokat, illetőleg adatokat rendelkezésre kell bocsátani.

(2)

XI. Fejezet

Átmeneti rendelkezések




82. § (1) A kötelező egészségbiztosítás pénzbeli ellátásaira, illetőleg baleseti ellátásra való jogosultság megállapítása iránti ügyekben e törvény rendelkezéseit a törvény hatálybalépését követően induló ügyekben kell alkalmazni.

(2) A külföldi állampolgárságú munkavállalókra vonatkozó adatok összeállításáról szóló 311/76/EGK rendelet által előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatokat az egészségbiztosító a rendelkezésére álló társadalombiztosítási nyilvántartások alapján szolgáltatja a Központi Statisztikai Hivatal részére.

Záró rendelkezések

83. § (1) E törvény hatálybaléptetéséről a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény rendelkezik.

(2) Felhatalmazást kap a Kormány

-  a) a finanszírozási szerződés megkötésére és tartalmára, valamint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására vonatkozó szabályok,
- b) a keresőképeség elbírálásával kapcsolatos eljárás rendjének,
- c) a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és a gyógyászati ellátások árához nyújtott támogatás, illetve a gyógyászati segédeszközök javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatás formájának, alapjának, mértékének megállapítására vonatkozó hatásköri és eljárási szabályok,
- d) a külföldön történő gyógykezelés feltételeinek és elszámolási rendjének,
- e) a beutaló nélkül igénybe vehető szakellátások, a beutalásra jogosult orvosok körének és a beutalási rend,
- f) a magánszemély által jogalap nélkül felvett, igénybe vett ellátás visszatérítése, illetve megtérítése iránti követelés mérséklése, elengedése esetén gyakorolható méltányosság szempontjainak, valamint a kirótt kamat, késedelmi pótlék, mulasztási bírság mérséklése, elengedése során gyakorolható méltányosság szempontjainak,
- g) az utazási költségekhez nyújtott támogatás mértékének és módjának,
- h) gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás jogosulatlan rendelése esetén a támogatással történő rendelésre jogosító, illetőleg a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, vagy a gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosító szerződés felfüggesztését, illetve felmondását megalapozó értékhatar,
- i) a kizárólag baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosultságot megalapozó üzemi balesetek,
- j) a szolgálati viszonyban álló személyek, a Magyar Honvédség állományába tartozó személyek, valamint egyes meghatározott tevékenységet végző személyek és a fogvatartottak egészségügyi szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szabályainak,
- k) a pénzbeli ellátások, továbbá a baleseti ellátások megállapítására és folyósítására vonatkozó részletes szabályok,
- l) a kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltatónak a táppénz igénybejelentésével kapcsolatos kötelezettségei, továbbá a kifizetőhelyeknek a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a táppénz, a baleseti táppénz megállapítására, folyósítására és elszámolására vonatkozó feladatai,
- m) a foglalkoztatóknak és egyéb szervezeteknek az egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges nyilvántartási és adatszolgáltatási feladatainak,
- n) az eltartott hozzátartozók jövedelemszámítási szabályainak,
- o) a részleges térítési díjak megállapítási módszerének, az egyes díjtételek képzésénél számításba vehető költségelemeknek, valamint a díjak befizetésére és elszámolására vonatkozó szabályoknak, a térítési díjak egészségügyi szolgáltató általi megállapítása szabályainak, illetve egyes ellátások részleges térítési díjának,
- p) az egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételének, az igényjogosultság igazolásának, valamint a külön jogszabályban meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátási rend szabályainak,
-  q) a szolgáltató teljesítményjelentésére az ártámogatás elszámolására kötött szerződések alapján történő elszámolásra, továbbá a szerződésekkel kapcsolatos egyes bejelentések elektronikus aláírással ellátott formában történő megküldésére vonatkozó részletes szabályok,
- r) az egészségbiztosítást érintő hatásköri és eljárási szabályok,
- s) a gyógyszerek árához nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatást nyújtók számára folyósítható előleg feltételeinek és folyósítása szabályainak,
-  t) a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelvei, feltételrendszere és részletes szabályai, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatára és módosítására vonatkozó szabályok,
- u) a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére, illetőleg támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, egyedi méretvétel alapján történő gyártására és

az ilyen eszköz javítására, valamint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosító szerződésekre vonatkozó szabályok,

☞ v) a 37. § szerinti megtérítésre, visszatérítésre, felfüggesztésre és felmondásra vonatkozó részletes szabályok,

w) az egészségügyi ellátás keretében társadalombiztosítási támogatással kiszolgáltatható gyógyászati segédeszközök körének és az ezek kiszolgáltatására jogosult egészségügyi szolgáltatók körének,

x) a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás elszámolására és folyósítására vonatkozó szabályok,

y) az elszámolási nyilatkozattal kapcsolatos részletes szabályok,

z) az Európai Egészségbiztosítási Kártya érvényességi idejének és kibocsátása szabályainak,

zs) a várólistára és a betegfogadási listára vonatkozó szabályok meghatározására.

(3) Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben rendeletben határozza meg

☞ a) a gyógyászati ellátások körét, az árukhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét, valamint a támogatott gyógyászati segédeszközök körét, az árukhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét, a támogatási csoportra vonatkozó kihordási időket, a kihordási időre maximálisan felírható mennyiségeket, rendelkezési feltételeket,

b) a társadalombiztosítási támogatással kölcsönözhető gyógyászati segédeszközök körét, valamint a kölcsönzési díjhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét,

☞ c) a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának és a támogatás mértéke megállapításának szempontrendszerét, valamint a társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerek hivatalból történő felülvizsgálatának szempontjait,

d) a nagy értékű, országosan nem elterjedt műtéti eljárások, beavatkozások díjtételeit, valamint az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a sürgősségi ellátási formák havi fix összegű díjazását,

e) a biztosítottnak a gyógyászati segédeszköz ára után járó támogatás betegségtől függő keretösszegben történő megállapítására vonatkozó szabályokat,

f) az európai egészségbiztosítási kártya, illetve a TAJ-számot igazoló okmány kiadásával kapcsolatos igazgatási szolgáltatásért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjak megfizetésére vonatkozó rendelkezéseket,

☞ g) a munkáltató által kezdeményezett, a munkavállaló keresőképtelenségének felülvizsgálatára irányuló külön jogszabály szerinti eljárásért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjak körét, mértékét, valamint a díj fizetésére vonatkozó egyéb rendelkezéseket,

☞ h) a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjak körét, mértékét, valamint a díjak fizetésére vonatkozó egyéb rendelkezéseket.

(4) Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg

a) a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat,

b) a szűrővizsgálatok igazolására vonatkozó rendelkezéseket,

c) az egyes főbb betegségcsoportok finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendje, valamint a gyógyszerterápiás ajánlások kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályait,

d) a meddőség kezelésére vonatkozó rendelkezéseket,

e) a szanatóriumi ellátásokat,

f) a betegszállításra jogosító kúraszerű kezeléseket,

☞ g) a várólista, valamint a betegfogadási lista tekintetében a sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeit és szabályait, továbbá a várólista adatainak honlapon történő közzétételére vonatkozó szabályait,

h) a beutalás szakmai szabályait,

i) az egyes egészségügyi szolgáltatások körébe tartozó beavatkozásokat,

j) a gyógyászati ellátások körébe tartozó szolgáltatásokat,

k) az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának körében a határnapon belüli ismételt felvételre vonatkozó összevonási szabály alóli kivételeket, a tételes elszámolás alá eső egyszerűhasználatos eszközök és implantátumok jegyzékét; a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek jegyzékét és kódját; a J0 ellátási szintű laboratóriumokból jelenthető eljárásokat (OENO); a meghatározott intézeti körben végezhető ellátásokat tartalmazó homogén betegségcsoportokat; az egynapos beavatkozásokat (kivéve 1 éves kor alatt); az aktív fekvőbeteg-ellátási háttér mellett ambuláns formában is nyújtható kúraszerű kezeléseket; a dialízis eljárással; és a vérkészítmények térítési díját,

l) a finanszírozás alapjául szolgáló homogén betegségcsoportokat és azok súlyszámértékét,

☞ *m*) a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó beavatkozási csoportokat és azok pontértékét, valamint a járóbeteg-szakellátás egyes tevékenységeinek minimális ellátási idejét,

n) a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás rendelésének szakmai követelményeit,

o) a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak rendelésére vonatkozó szabályokat,

p) az egészségügyi szolgáltatók által kiállított igazolások kiadási rendjét,

q) az anyatejellátásra való jogosultság feltételeit,

r) az anyatejellátás szakmai és közegészségügyi követelményeit,

s) az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapjául szolgáló literenkénti árát, valamint a támogatás elszámolási módját,

t) a magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult, a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személyek betegellátásának szabályait,

u) a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeit,

v) az egyes gyógyászati segédeszközök egészségügyi ellátás keretében történő kiszolgáltatásának szakmai feltételeit,

x) a gondozóintézeti gondozás szakmai szabályait,

☞ *z*) szenvedélybetegségek esetén a társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető rehabilitációs ellátások körét,

☞ *zs*) az egészségügyi ellátás keretében igénybe vehető egyéb kényelmi szolgáltatásokra vonatkozó részletes szabályokat.

(5) Felhatalmazást kap a Kormány, hogy rendeletben jelölje ki az egészségbiztosítási szervet vagy szerveket, valamint a vasutas egészségbiztosítási szervet vagy szerveket.

☞ (6) Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg

☞ *a*) a (4) bekezdés *c*) pontja alapján kiadott rendeletben előírt szabályoknak megfelelően a finanszírozási eljárásrendeket,

☞ *b*) a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokat,

☞ *c*) az orvosi bélyegzők formai és tartalmi elemeire vonatkozó részletes szabályokat,

☞ *d*) a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszer és szakmapolitikai prioritásokat.

☞ (7)

(8) E törvény a Magyar Köztársaság és az Európai Közösségek, és azok tagállamai közötti társulás létesítéséről szóló, Brüsszelben, 1991. december 16-án aláírt Európai Megállapodás tárgykörében, a Megállapodást kihirdető 1994. évi I. törvény 3. §-ával összhangban összeegyeztethető szabályozást tartalmaz a Tanács 1978. december 19-i 79/7/EGK irányelvével a férfiakkal és a nőkkel való egyenlő bánásmód elvének a szociális biztonság területén történő fokozatos megvalósításáról.
