

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)

BH2004. 297. Szervezett társadalmi munka szervezője a megtérítési kötelezettség szempontjából nem minősül foglalkoztatónak [1997. évi LXXXIII. törvény 1. § (1) bekezdés a) pont; Tbj. 4., 5. §; 1993. évi XCIII. törvény 87. §].

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 közül a pénzbeli ellátások 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. §

Fogalommeghatározások

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 gyógyszertár,
- 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*: átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal vagy rokkantsággal élők gyógyászati, ápolási technikai eszköze,
- f) *gyógyászati segédeszköz forgalomba hozója*: a gyógyászati segédeszközt gyártó, az azt importáló és azzal nagykereskedelmi tevékenységet végző,
- 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 nagyköltőségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, továbbá a szerv, illetve vesejtképző 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,

Magyarországon indokolatlanul magas az orvos-beteg találkozások száma. Az ingyenesség hamis érzete miatt a betegek nem érzik azt, hogy az egészségügyben szolgáltatást vásárolnak és tudomásul veszik a hálapénzfizetés elvtelen és igazságtalan szokását. Az indokolatlan ellátás-igénybevétel több szempontból is jelentős terhet jelent az Egészségbiztosítási Alap számára. Egyrészt nehezíti az ellátások szakmai biztonságának és minőségének fenntartását és javítását, mivel az indokolatlan vizsgálatok a rendelkezésre álló kapacitásokat, a valóban beteg személyekre fordítható időt csökkentik. Másrészt egy-egy orvos-beteg találkozás önmagában is költséggel jár, ami a biztosítottak és munkáltatóik által fizetett járulékból működő Egészségbiztosítási Alapot terheli. Az ellátás finanszírozásán túl azonban még jelentősebb terhet jelent a kassza számára az indokolatlan ellátás során felírt gyógyszerek támogatása. Ezért az európai országok kétharmadához hasonlóan Magyarországon is bevezetésre kerül a díjfizetési kötelezettség az egészségügyben. A vizitdíj és a kórházi napidíj a külföldi tapasztalatok alapján azt fogja eredményezni, hogy a biztosítottak költségtudatos szolgáltatásvásárlóvá válnak, erősödik az egyéni felelősségvállalás, ezáltal ésszerűsödik az ellátórendszer igénybevétele. Ezen túlmenően a vizitdíj és a napidíj bevezetése a hálapénz visszaszorításában is jelentős szerepet tölthet be.

Az Ebtv. módosítása kiterjed a várólista alapján nyújtható egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos szabályozás átalakítására is. A módosítás célja a várólistarendszer átláthatóságának fokozottabb biztosítása, az egészségügyi szolgáltatások magasabb szintű hozzáférhetőségének megvalósítása. A módosítás kimondja, hogy a biztosított a várólistára történő felkerülés időpontja szerint jogosult az ellátásra, ettől eltérni csak szakmai indokoltaság, illetve a várható eredmény alapján lehet. A várólista alapján nyújtható ellátásokkal összefüggésben kulcsszerepe van a biztosítónak és az egészségbiztosítási felügyeleti hatóságnak: az előbbi döntése alapján mód van az ellátásnak a beutalási rendtől eltérő más egészségügyi szolgáltatónál történő igénybevételére, ha az ellátásra történő várakozás a biztosított egészségügyi állapotát nagymértékben hátrányosan befolyásolja.

A várólista csak a legszükségesebb adatokat tartalmazza, a beteg egyéb adatai az egészségügyi dokumentáció részét képezik. A várólista adatai kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon

tekinthetőek meg a várólistát vezető szervek honlapján, természetesen a beteg - egyedi azonosító rendszer kialakítása révén - ellenőrizni tudja a várólistán elfoglalt helyét.

A törvény pontosan körülhatárolja a biztosítási jogviszonytól független ellátások körét, a biztosítási alapon járó ellátások körét, valamint a biztosításon felül, térítés ellenében igénybe vehető ellátások körét. Az alapsomag azokat az ellátásokat foglalja magába, amelyeket minden Magyarországon tartózkodó személy térítésmentesen vehet igénybe, függetlenül attól, hogy biztosítottnak minősül-e. Az alapsomagban nyújtott ellátások fedezetét biztosított esetében az Egészségbiztosítási Alap, míg a nem biztosított személy esetében a központi költségvetés fedezi. Mindezek alapján az alapsomag az életmentő beavatkozást, a mentést, valamint a járványügyi ellátásokat tartalmazza. Az életmentő beavatkozás a közvetlen életveszély megállapítására vonatkozó vizsgálatra, valamint a közvetlen életveszélyt elhárító beavatkozásra terjed ki. A járványügyi ellátások nyújtása állami érdek és kötelezettség. A térítésköteles csomagba tartoznak azok az ellátások, amelyekért a biztosítottnak is fizetni kell. Így többek között fizetni kell a finanszírozási és szakmai protokollban foglaltaktól eltérően igénybe vett ellátásokért, a különböző alkalmassági vizsgálatokért (pl. gépjárművezetői, lőfegyvertartói, különböző foglalkozások alkalmassági vizsgálata), a hivatásos sportolók ellátásáért, az esztétikai célból nyújtott szolgáltatásokért, a detoxikálásért, a nem kötelező védőoltásokért.

A törvény definiálja a központi és az intézményi várólista fogalmát azzal a céllal, hogy a későbbiekben a várólistákra vonatkozó generális szabályok mellett - az ellátás természetének eltérő volta miatt - eltérő szabályok is érvényesülhessenek. A központi várólista a transzplantációs várólistán kívül magában foglalja a külön jogszabályban meghatározott nagy költségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzékét is. Ilyen nagy költségű ellátás a PET-CT.

A biztosító fogalmának meghatározása a 42. § (8) bekezdésével együtt tesz eleget a központi államigazgatási szervekről, valamint a Kormány tagjai és az államtitkárok jogállásáról szóló 2006. évi LVII. törvényben foglaltaknak. A törvény biztosítóként nevezi az Egészségbiztosítási Alap kezeléséért felelős szervet (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár).

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.

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.

Az Ebtv. 6. §-ának módosításával rögzítésre kerül, hogy a Tbj. szerinti biztosítottal azonos ellátások illetik meg azokat a személyeket, akik után a központi költségvetés egészségbiztosítási járulékot fizet. A Tbj. e törvénnyel egyidejű módosítása alapján a központi költségvetés járulékfizetést teljesít a Tbj. 16. §-ában meghatározott egészségügyi szolgáltatásra jogosultak egyes csoportjai (például a nyugdíjasok, az általános és középiskolai tanulók, a nappali tagozatos felsőoktatásban részesülők) és egyéb, a Tbj. 16. §-ában nem említett, a költségvetésről szóló törvényben nevesítésre kerülő személyek (például a mezőgazdasági őstermelők és a hajléktalanok) után.

(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.

Az Ebtv. - 2001. évi LXX. törvénnyel megállapított - 8/A. §-a (1) bekezdésének a hatálybalépésével egyidejű módosítása azért szükséges, mert az eredeti szöveg csak az EGT tagállamai vonatkozásában írta elő, hogy az Ebtv. rendelkezéseit az 1408/71/EGK rendeletben meghatározott módon kell alkalmazni. Léteznek azonban olyan államok, amelyek sem az Európai Közösségnek, sem az EGT-nek nem tagjai, de ha a személyek vagy a munkaerő szabad áramlására vonatkozó megállapodást kötnek az Európai Közösséggel vagy az EGT-vel, akkor az 1408/71/EGK rendeletet is alkalmazniuk kell. A szociális biztonsági rendszerek koordinációját meghatározó közösségi rendelet neve és száma az eddiginél pontosabban kerül meghatározásra.

(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 szűrővizsgálatra,

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) Jogszába 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 házi orvos vagy a kezelő orvos 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.

A biztosított a betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szolgáltatásokat a biztosított kezdeményezésére vagy egészségügyi ellátása során, illetve a házi orvos vagy a kezelő orvos beutalása, továbbá a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató értesítése alapján veheti igénybe.

A törvény jelenlegi megfogalmazása nem ismeri a népegészségügyi szűrővizsgálat fogalmát, melynek legfőbb jellegzetessége a lakosság személyre szóló megszólítása a vizsgálat igénybe vétele céljából. A népegészségügyi szűrővizsgálatokat az ÁNTSZ szervezi, ennek megfelelően felelős a meghívólevelek elküldéséért. A szűrés szervezett formáját biztosító jogszabályi feltételek megteremtése érdekében van szükség az Ebtv. 10. §-a (4) bekezdésének módosítására.

II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások

Házi orvos ellátás

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

a) az egészséges életmód segítségét szolgáló tanácsadásra és egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérésére,

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

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

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

e) a házi orvos 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) külön jogszabály szerint választott házi orvosánál veheti igénybe,

b) amennyiben választott házi orvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató házi orvosánál 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, fogköltésváltásra 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 góckeresésre,

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 műtėti beavatkozásokat és az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket is - és gyógyászati ellátásra,

c) a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre - ideértve a vérkészítményeket is -, kötszere 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.

BH2007. 126. *Az intézeti gyógyszerár vény-elfogadó tevékenysége tekintetében a megyei egészségbiztosítási pénztár kizárólag azzal a kórházzal köteles gyógyszerár-támogatási szerződést kötni, amelynek az intézeti gyógyszerár részét képezi. E tevékenységet közreműködőként ellátó szolgáltatóval szemben szerződéskötési kötelezettsége nincs [1997. évi LXXXIII. tv. 14. § (2) bek. c) pont, 30. §; 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 23. §; 34/2000. (XI. 22.) EüM rendelet 3. §, 7. §; 1994. évi LIV. tv. 2. § c) pont; 15/1997. (VI. 20.) NM rend. 4. § (9) bek., 2. számú melléklet 2. pont].*

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 kötelezettség 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 vérvizsgálatok,
- r)* láttelel 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 nem kötelező védőoltással a biztosított immunizálása,
- 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) A biztosított, valamint a kiállító orvos az elszámolási nyilatkozat mindkét példányának aláírásával igazolja, hogy az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt elszámolási nyilatkozat egyik példányát a biztosítottnak át kell adni, másik példányát pedig az egészségügyi szolgáltató a biztosított egészségügyi dokumentációjának részeként megőrzi.

(12) Ha a biztosított nem képes aláírni az elszámolási nyilatkozatot, úgy azt helyette a képviselőjére jogosult, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 16. §-ának (1)-(2) bekezdése szerinti személyek - az ott meghatározott sorrend alapján - jogosultak aláírni.

(13) Az egészségügyi szolgáltató két tanú által aláírt nyilatkozattal igazolhatja, hogy az elszámolási nyilatkozatot

a) a biztosított - előzetesen be nem jelentett - távozása miatt, vagy

b) a biztosított állapota miatt

nem tudta aláírattatni a biztosítottal, és azt a biztosított helyett külön jogszabályban foglaltak szerint aláírásra jogosult személy sem írta alá.

(14) A (13) bekezdés szerinti nyilatkozat hiányában, ha a biztosított nem akarja aláírni a ténylegesen elvégzett tevékenységekről szóló elszámolási nyilatkozatot, annak pótlását a bíróságtól lehet kérni. Amennyiben a bírósági eljárás folyamatban van, a 37. § (12) bekezdésében foglaltakat nem kell alkalmazni.

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.

Az Ebtv. 19. §-ának módosítása amiatt szükséges, hogy az egészségbiztosításért felelős miniszter által meghatározásra kerülő finanszírozási eljárási rend (protokoll) alkalmazásának törvényi alapja legyen. Így a vizsgálati és terápiás eljárási rend mellett figyelembe kell venni a finanszírozási protokoll rendelkezéseit is, amely konkrétan meg fogja határozni, hogy az adott indikáció alapján milyen ellátások milyen mértékű igénybevételére jogosult a biztosított az Egészségbiztosítási Alap terhére. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére csak abban az esetben térhet majd el a finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendekben foglaltaktól, ha a biztosított az eltérés által indukált többletköltséget megtéríti a szolgáltató részére, az ugyanis nem lesz elszámolható az egészségbiztosító felé.

A hálapénz elleni küzdelem részeként új elemként jelenik meg az egészségbiztosítási törvényben az a szabály, amelynek értelmében az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosított - az Ebtv. 23. §-ának 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.

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 várólista alapján nyújtható egészségügyi ellátásokról szóló jogszabály által nevesített ellátást rendel, a biztosított az ellátásra a várólistára történő felkerülés időpontja szerint jogosult. Ettől eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, továbbá az ellátás várható eredménye alapján lehet. Az eltérés lehetőségének szakmai szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben szabályozza.

(4) A biztosított a betegfogadási lista alapján az ellátást a betegfogadási listán meghatározott időpontban jogosult az azt vezető szolgáltatónál igénybe venni. Az igénybevétel időpontját a betegfogadási listára történő felvétel időpontja alapján kell meghatározni, azzal, hogy a biztosított kérésére ettől az időponttól - az igénybevétel időpontjaként - későbbi időpont is meghatározható.

(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 Közösségi 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 - elvégeztetésére, 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 feltételül külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételeknek, amennyiben a várólista szakember, gép, műszer, orvostechnikai eszköz tartós hiánya miatt indokolatlanul hosszú.

A törvény ezen §-a az Ebtv. 20. §-át módosítja. Abban az esetben, ha a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást, azt a szolgáltató várólista alapján is teljesítheti. Ez nem jelenti az várólistára történő kötelezést, csak lehetőséget ad a szolgáltató részére az ellátások ütemezett tervezésére.

A szabályozás elvi éllel mondja ki, hogy - az ellátás természete, illetve a tartós kapacitáshiány miatt kialakított - kizárólag várólista alapján nyújtható ellátások esetén (mint például transzplantáció, nagy értékű műszeres beavatkozások, implantátumok stb.) a várólistára történő felkerülés időpontja a döntő, természetesen szakmai indokoltság vagy az ellátás várható eredménye alapján ettől el lehet térni. Az eltérések vannak olyan egészségügyi szakmai szabályai, amelyeket a biztosítottnak mindenképpen meg kell ismernie, ezért az egészségbiztosításért felelős miniszter e tárgykört rendeletben szabályozza. (Ilyen eset lehet például az, amikor egy szerv transzplantációjánál az adott szerv a várólistán első helyen álló biztosított részére nem ültethető be, mert nincs meg a megfelelő vércsoport-egyezőség.)

Minden biztosított jogosult az olyan vizsgálatok elvégeztetésére, amelyek a várakozás sorrendjét befolyásoló állapotváltozás megállapításához szükségesek, viszont még térítési díj fizetése esetén sem jogosult a várólista-sorrendet megelőző ellátás igénybevételére. Lehetőség nyílik a módosítás elfogadásával arra, hogy a biztosító külön jogszabály szerinti területi szerve döntsön az ellátás más egészségügyi szolgáltatónál történő teljesítéséről, ha a várakozás a biztosított állapotát nagymértékben hátrányosan befolyásolja, vagy a sorrend megállapításánál jogszabálysértés vagy súlyos szakmai szabályszegés történt. A jogszabálysértést vagy a súlyos szakmai szabályszegést elkövető orvos ellen fegyelmi eljárás indítható, aminek kezdeményezésére a biztosító területi szerve jogosult. Ha a biztosító területi szerve megállapítja, hogy várólista indokolatlan hosszúságát a szakértő személyzet, vagy valamilyen gép, műszer, orvostechnikai eszköz hiánya okozza, akkor az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál kezdeményezheti a szakmai minimumfeltételeknek történő megfelelés vizsgálatát. A biztosító jelzett döntései ellen a törvény az egészségbiztosítási felügyeleti hatósághoz való fordulás lehetőségét rögzíti, a fellebbezés kizárásával.

A törvény lehetővé teszi, hogy a finanszírozott egészségügyi szolgáltató nem biztosítási jogviszony keretében történő ellátásra bejelentkezési listát hozzon létre, ide nem értve a szerv-, szövetátültetéseket. A bejelentkezési lista alapján ellátást térítési díj ellenében lehet igénybe venni kizárólag a nem finanszírozott többletkapacitás terhére. A bejelentkezési lista alapján térítési díj ellenében tehát mindenki jogosult ellátást igénybe venni, függetlenül attól, hogy biztosított-e. A térítési díjat az intézmény határozza meg, de az mindenképpen több, mint az adott ellátásért az egészségbiztosítás által nyújtott finanszírozási összeg. A törvény arra is tartalmaz rendelkezést, hogy ellenőrizhető és összehasonlítható legyen a bejelentkezési lista és a várólista, és amennyiben a várólista alapján nyújtott ellátások igénybevétele a bejelentkezési lista miatt szenvedne sérelmet, akkor ez utóbbi alapján végzett ellátások nyújtása felfüggeszhető.

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 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 megtekinthetők, 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.

A törvény meghatározza, hogy a várólista pontosan milyen adatokat tartalmaz. Kormányrendelet határozza meg, hogy a központi várólistát melyik szervezet fogja működtetni azzal, hogy meghatározott közreműködő igénybevételére van lehetőség (pl. Transzplantációs Bizottságok). Az intézményi várólistát az egészségügyi szolgáltató szervezeti és működési szabályzatában megjelölt személy vezeti. A törvény szerint várólista adatai kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon és legkésőbb 3 napon belüli frissítéssel megtekinthetők a várólistát vezető szervek (az állami vérellátó szolgálat és az intézmények) honlapján. Az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság honlapjáról minden várólistát vezető szerv honlapja elérhető lesz.

Természetesen a biztosított egyedi azonosító rendszer kialakításával ellenőrizni tudja a várólistán elfoglalt helyét is. Az egyedi azonosító nem tartalmazhat a biztosított egészségügyi és személyazonosító adataival összefüggő, továbbá a várólistára történő felvétel időpontjára vonatkozó adatot. Az egészségügyi szolgáltató az egyedi azonosítót személyesen vagy a kezelőorvos útján közli a biztosítottal.

(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 a külön jogszabályban meghatározott hatóság,

ab) magisztrális gyógyszerek esetében a külön jogszabály,

támogatást állapít meg,

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

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

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

A törvény 6. §-a az Ebtv. legutóbbi módosításával a gyógyászati segédeszközök és szerződéskötési szabályok terén bevezetésre került új szabályokat finomítja. Ehhez kapcsolódva lehetőséget teremt arra, hogy a gyógyászati segédeszközök esetében is kialakítható legyen kormányrendeleti szinten a gyógyszerek tekintetében már működő transzparens befogadási rendszer. Ennek megfelelően az egyes gyógyászati segédeszközök árához nyújtott támogatás mértékét, illetve az annak alapjául szolgáló árat már nem miniszteri rendelet határozná meg, hanem az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által egy szabályozott eljárási rendben hozott egyedi határozata. Ezzel összefüggésben indokolt lehetővé tenni a gyógyászati segédeszközök esetében is, hogy az első fokú határozatot végrehajthatónak nyilváníthassa az eljáró hatóság annak érdekében, hogy amíg az azzal szemben benyújtott fellebbezést el nem bírálják, az adott terméket lehessen támogatással forgalmazni.

e) a kiszolgálásra, 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) A 21. § (1) bekezdés aa) és d) pontja szerinti hatóság által - a külön jogszabály szerint - kiemelt, indikációhoz kötött támogatásban részesített gyógyszerért a biztosított egységesen dobozonként, gyógyászati segédeszközért pedig vényenként 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 igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.

(5) A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevételével 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 igénybevételéhez 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 terhességondozás 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 igénybevételére, 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 igénybevételére;

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 jelek 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 gyógyszerköltség különbözetét, valamint fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén az ebből eredő többlet ápolási időt is, az ápolási naponkénti étkezési és elhelyezési költséggel,

c) a 23. § ga) pontja tekintetében az intézeti nyersanyagnorma és a többlet-nyersanyagköltség különbözetét kell alapul venni.

(4) A 23. § gb) 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) a külön jogszabály szerinti támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához a megállapított támogatási mértéket meghaladó támogatást nyújthat,

c) a társadalombiztosítási támogatásba még be nem fogadott, támogatással nem rendelhető allopatias gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához, valamint a méltányosságból már támogatott gyógyászati segédeszköz javítási díjához támogatást nyújthat.

Az egészségügyi szolgáltatások tekintetében méltányossági igény elsősorban a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárásokra vonatkozóan, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatások befogadástól eltérő alkalmazása esetén merül fel.

A jogszabály jelenleg 5 ezertől 100 ezer forintig összegben „engedi” meg a mulasztási bírság kiszabását, ha az egészségbiztosítási pénzbeli és a baleseti pénzbeli ellátások megállapításához szükséges kötelező nyilvántartást és adatszolgáltatást a kötelezett nem, vagy nem szabályszerű teljesíti. Az alkalmazható szankció nem hatásos, az alacsony összegben kiszabható bírság nem tölti be szerepét a foglalkoztatók esetén. A kifizetőhelyet nem működtető foglalkoztatók esetében a pénzbeli ellátásokhoz előírt foglalkoztatói adatszolgáltatási kötelezettség minősége - az ellenőrzési tapasztalatok szerint - egyre romlik, az adatszolgáltatások késnek, vagy a kötelezettségnek a foglalkoztatók egyáltalán nem tesznek eleget. Ebből következően a biztosított nem kapja meg időben a jogosan járó ellátását, az ellenőrzési szakegység szerzi be a hiányzó adatokat, stb. Természetes személyek esetén elegendő, hatásos a kisebb keretösszegű bírság meghatározása is.

d)

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

A biztosítóhoz (OEP) évente beérkező méltányossági kérelmek 20-25%-át teszik ki azok a kérelmek, amelyek a gyógyászati segédeszközök árához az egészségügyi miniszteri rendeletben meghatározott kihordási időre felírható mennyiséget meghaladó támogatás igénylésére irányulnak. A méltányossági kérelmek ezen nagyságrendje olyan munkaterhet jelent, amelyet csak óriási erőfeszítések árán lehet határidőben elbírálni. Indokolt ezért a méltányossági jogkörben nyújtható támogatások közül a gyógyászati segédeszközök árához külön jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakorisággal történő támogatás nyújtására vonatkozó méltányossági jogkört a biztosító külön jogszabály szerinti területi szervéhez telepíteni.

(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 gyógyászati segédeszköz árához nyújtott támogatás külön jogszabály alapján keretösszegben történő igénybevételének esetére, valamint

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

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 betegszállítást 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 betegszállítást 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 kormány rendeletben állapítja meg.

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

Az 1408/71/EGK rendelet módosítása, az Európai Bíróság jelentős, precedens értékű ítéletei és a 43. § indokolásában már jelzett nemzetközi jogi helyzet miatt ismételten szükségessé vált az Ebtv. 27. §-ának és 29. §-ának átfogó jellegű módosítása, ezért azt a 2001. évi LXX. törvénynek az Ebtv. 27. §-át és 29. §-át érintő szakaszai helyett - amelyek a Magyar Köztársaságnak az Európai Unióhoz csatlakozásáról szóló nemzetközi szerződést kihirdető törvény hatályba lépésének napján léptek volna hatályba - jelen törvény rendelkezései teszik meg.

Az Ebtv. 27. §-ának (1) bekezdésében az EGT tagállam és a harmadik állam fogalma generálisan kerül meghatározásra. A módosítás szerint a harmadik állam kategóriából egyaránt kiesnek az EGT tagállamai és azon államok is, amelyek ugyan nem tagjai az Európai Uniónak és az EGT-nek sem, de - az Indokolásnak az

Ebtv. 43. §-ához kapcsolódó részében leírtak szerint - az 1408/71/EGK rendelet alkalmazása tekintetében az EGT tagállamokéval azonos jogállást élveznek. A harmadik állam területén igénybevett ellátás esetében továbbra is fenntartani javasolt az eredeti finanszírozási szabályt (a felmerült és igazolt költségeknek a belföldi költség mértékéig terjedő, sürgősségi betegszállítás esetén pedig a számla szerinti összeg megtérítése). Ennek oka az Egészségbiztosítási Alap teherbíró képességén túl az, hogy az Európai Unió tagság egy más minőségű kapcsolatot feltételez a tagállamok között, mint Magyarország és bármely harmadik állam között.

Az Ebtv. 27. §-a (2) bekezdésének módosítását az (1) bekezdéssel való összhang megteremtése indokolja, azaz a harmadik állam fogalmának átvezetése a (2) bekezdés szövegén.

Az új (3) bekezdés értelmében az a személy, aki az 1408/71/EGK rendelet hatálya alá tartozik, EGT tagállam területén egészségügyi szolgáltatást a rendelet rendelkezései szerint vehet igénybe. Ennek megfelelően az EGT tagállamban igénybevett orvosilag szükséges ellátás esetében az illetékes teherviselő (azaz a magyar teherviselő) nevében a tartózkodás helye szerint illetékes intézmény (EGT tagállam intézménye) nyújtja az ellátást, az illetékes (azaz a magyar) teherviselő terhére. Az ellátás költsége ebben az esetben az EGT tagállamban érvényes szabályok szerint meghatározott és finanszírozott költség. Ezt a költséget a magyar teherviselő fogja megtéríteni az EGT tagállambeli teherviselőnek.

A kiküldetés esetében - az Ebtv. 27. §-ának (2) bekezdése - a biztosított és a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa és gyermeke nem Magyarországon történő egészségügyi ellátása az Ebtv. 27. §-ának (4) bekezdése értelmében akkor fogadható el indokoltan igénybe vettnek, ha azok eleget tettek a külön jogszabályban foglaltak szerint a nem Magyarországon történő munkavégzésre való alkalmasság megállapítását célzó orvosi vizsgálati kötelezettségüknek, amelyről miniszteri rendelet rendelkezik. A korábbi alacsonyabb szintű szabály - az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet - helyett törvényi rendelkezés bevezetésére van szükség, tekintettel arra, hogy az EGT tagállamba való kiküldetés esetén a költségtérítés már nem csak belföldi mértékű.

Az Ebtv. 27. §-ának korábbi (3), a törvény szerint (5) bekezdésének módosítása azt a célt szolgálja, hogy az összhangban álljon a 27. § (1) bekezdésében bevezetett új fogalmakkal. Ennek megfelelően, míg a hatályos szabály alapján a tartósan külföldön, addig a törvény szövege szerint a tartósan harmadik államban foglalkoztatott közszolgálati vagy közalkalmazotti jogviszonyban álló biztosított, valamint a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa és gyermeke által indokoltan igénybe vett egészségügyi ellátás külföldön felmerült és igazolt költségének 85 százalékát téríti meg az illetékes MEP.

Az Európai Bíróság precedens értékű ítéletei következtében van szükség egy új bekezdés [27. § (6) bek.] beiktatására. A Kohl, Decker, Smits, Peerbooms, Vanbraekel, Müller -Fauré és van Riet ügyekben hozott határozatok esetén az Európai Bíróság következetesen ragaszkodik azon elvhez, amely szerint az Európai Közösség Alapító Szerződésének (Római Szerződés) alkalmazásában a természetbeni egészségügyi ellátásokat szolgáltatásnak kell tekinteni és ennek következtében a tagállamok jogszabályai nem képezhetnek akadályt az egészségügyi szolgáltatások szabad áramlásával szemben. Ez a bekezdés a nem az 1408/71/EGK rendelet alapján igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségeinek megtérítésére vonatkozik. Ha az EGT tagállam területén tartózkodó személy egészségügyi szolgáltatást (házi orvosi ellátást, fogászati ellátást, valamint járóbeteg-szakellátást) úgy vesz igénybe, hogy az orvosilag nem szükséges, akkor a MEP a felmerült és megfelelő módon igazolt költségeket az igénybevétel idején érvényes belföldi költségnek megfelelő összegben téríti meg. Amennyiben a tényleges költség kevesebb, mint az adott ellátás tekintetében érvényes belföldi költség mértéke, akkor a tényleges költség megtérítésére kerül sor.

Az Európai Unióban erősödő törekvés a tagállamok határvidékein a racionális és gyors ellátás érdekében a határon átnyúló egészségügyi együttműködések kiemelt támogatása. Az Ebtv. 27. §-ának (7) értelmében a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatások költségei megtérítésének módja, feltételei és az együttműködések finanszírozási szabályai is kormányrendeletben kerülnek meghatározásra. Tekintettel arra, hogy az együttműködések magyar oldalról az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter koordinálja, az Ebtv. 27. §-ának (8) bekezdése alapján a miniszter tájékoztatóban teszi közzé az egyes együttműködési megállapodásokat.

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

Az egyes szociális és egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi XXVI. törvény 2004. május 1-jei hatálybalépéssel módosította a kötelező egésszégbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) külföldön történő gyógykezelésre vonatkozó szabályait (27. §) az Európai Gazdasági Térség (EGT) tagállamaiban igénybe vett ellátások tekintetében.

A módosítás a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendeletben (a továbbiakban: „rendelet”) foglaltaknak megfelelő szabályozást iktatott az Ebtv-be.

A rendelet értelmében az EGT valamely tagállamában biztosított személy meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra jogosult a többi tagállam területén olyan feltételekkel, amelyenek az adott tagállamban biztosítottakra vonatkoznak.

A rendelet szabályaira figyelemmel az Ebtv. 27. §-a új szabályokat vezetett be a közszolgálati vagy közalkalmazotti jogviszonyban álló, tartósan valamely EGT tagállamban foglalkoztatott biztosítottakra (a továbbiakban: „kiküldöttek”), valamint a velük együtt ott tartózkodó eltartott házastársra és gyermekére vonatkozóan. Az Ebtv. 27. §-a új (3) bekezdése értelmében ugyanis 2004. május 1-jétől a valamely EGT államban külszolgálatot teljesítő kiküldöttek a korábbiaktól eltérően a rendelet szabályai szerint vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatást ezen tagállamban. Az ellátásra való jogosultságot megfelelő nyomtatvánnyal kell igazolniuk. A kiküldöttek és családtagjaik az adott tagállamban ezen állam biztosítottjainak járó feltételekkel és mértékben vehetik igénybe a szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat.

A korábban valamennyi kiküldöttre egységesen vonatkozó szabály, amelynek értelmében számukra az illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (MEP) megtéríti az egészségügyi ellátás külföldön felmerült és igazolt költségének a 85%-át, a módosítás következtében továbbra is fennmaradt, de csak a nem EGT államokban, azaz harmadik államokban foglalkoztatott kiküldöttekre vonatkozóan [Ebtv. 27. § új (5) bekezdés].

A 2004. május 1-jén hatályba lépett új rendszer az EGT tagállamokban külszolgálatot teljesítő kiküldötteket és családtagjaikat a tapasztalatok alapján egyes államokban hátrányosabb helyzetbe hozta a korábbinál, illetve a harmadik országokban külszolgálatot teljesítőknél. Az új szabályozás különösen sok gondot okoz Franciaországban, Belgiumban, Finnországban és Luxembourgban, ahol ún. „visszatérítéses” rendszer működik. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátásban részesülő kiküldött vagy családtagja köteles megelőlegezni az ellátással összefüggő költségeket, amelyeknek később csak egy részét téríti vissza a biztosító. Felmerülnek tehát olyan helyzetek, amikor a számla nagysága miatt a kiküldött ellátmánya nem elegendő a kifizetésre, átmenetileg sem.

A módosítás a kiküldöttekre korábban egységesen vonatkozó 85%-os megtérítési szabályt állítja vissza az Ebtv. 27. §-ának módosításával (egy új bekezdéssel való kiegészítésével) úgy, hogy a valamely EGT tagállamban külszolgálatot teljesítők választhassanak, hogy ebben az EGT államban az ellátásokat a rendeletben foglalt szabályok szerint, a rendelet alapján fennálló jogosultságuk igazolásával kívánják igénybe venni, vagy az általuk indokoltan igénybe vett ellátás felmerült és igazolt költségének 85%-os megtérítésével.

Az EGT tagállamaitól és az Európai Bizottságtól nyert információk alapján valamennyi tagállamban a kiküldő szervek igyekeznek a lehető legkedvezőbb feltételeket megteremteni külszolgálatban dolgozó kiküldötteik számára. A kedvezőbb feltételeket a nemzeti szabályozás biztosítja, amely a rendelet értelmében a köztisztviselőkre alkalmazandó jog [13. cikk (2) d) pont], a magyar köztisztviselők esetében a magyar jog. A módosítás célja az, hogy a többi tagállam kiküldötteihez hasonlóan a magyar kiküldöttek számára is a közösségi szabályok által biztosított mozgástéren belül a kiküldötti feladatok teljesítéséhez a lehető legkedvezőbb feltételeket biztosítsa az egészségügyi ellátások igénybe vételénél.

A választási lehetőség biztosítása nem haladja meg az évi 50 millió forintot. A törvény (3) bekezdésében - amely az Ebtv. 27. §-át egy új (10) bekezdéssel egészítené ki -, az OEP tekintetében azt a jogot javasoljuk rögzíteni, hogy az OEP engedélyezhesse a magyarországi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítás megtérítését. Ez azokra az esetekre vezet be szabályt, amikor mind az OEP, mind a magyar biztosított érdeke, hogy a beteget szállítható állapotba kerülését követően Magyarországra szállítsák és itthon fejeződjön be a kezelése. Ez értelemszerűen abban az esetben lehetséges és indokolt, ha mind a biztosított, mind az E. Alap terhei alacsonyabbak, mint egy teljes, másik tagállambeli kezelés költségei. A hatályos szabályok alapján ez a jog nem biztosított az OEP - és a beteg - számára sem.

Egy ilyen jog, biztosítása a közösségi joggal nem ellentétes, mert az OEP engedélye nem jelent kötelezettséget a beteg részére, akarata ellenére - szállíthatósága esetén - sem lehet Magyarországra szállítani, és ebben az esetben a másik tagállamban nyújtott valamennyi szükséges ellátást - a vonatkozó tagállami szabályok szerint - megtéríti az OEP, még akkor is ha ez a költség magasabb mint, amibe a hazaszállítás és a hazai kezelés együttes költsége. A rendelkezés előnye, hogy a biztosítottak - köztük a tartós kiküldetésben lévő közszolgálati alkalmazottak - hazaszállítása megoldottá válik, ami egyben az E. Alap költséghatékonyaságára is hatással van.

(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.

Magyarországon 2005. november 1-jén bevezetésre került, az E 111-es formanyomtatványt felváltó Európai Egészségbiztosítási Kártya, illetőleg az azt helyettesítő nyomtatvány. Ezekkel a magyar biztosítottak azt igazolhatják, hogy jogosultak az Egészségbiztosítási Alap terhére az 1408/71/EGK rendeletben foglaltak szerint egészségügyi szolgáltatást igénybe venni az Európai Gazdasági Térség bármelyik országában az ott-tartózkodásuk ideje alatt, amennyiben az ellátás orvosi okokból azonnal szükséges. A Kártyát az illetékes megyei egészségbiztosítási pénztár fogja a biztosított kérelmére, a külön jogszabályban meghatározott időtartamra kibocsátani. Ez a szakasz a Kártyával kapcsolatos díjfizetési szabályokkal egészíti ki az Ebtv. 27. §-át. A Kártya kibocsátásáért csak abban az esetben kell majd jelen módosítás értelmében az általános tételű eljárási illetékkel azonos mértékű igazgatási szolgáltatási díjat fizetni, ha az új Kártya kiadása a még érvényes Kártyának a jogosult birtokból való kikerülése (lopás, elvesztés, megsemmisülés) vagy megrongálódása miatt válik szükségessé. Az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 67. §-a szerint a lakosság széles körét érintő díjfizetési kötelezettséget csak törvény állapíthat meg, ezért szükséges az erre vonatkozó szabályokat az Ebtv.-be beépíteni.

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 gyógyszert, milyen mennyiségben vagy annak kihordási idején belül milyen gyógyászati segédeszközt rendelt számára.

A gyógyászati ellátás, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatással történő rendelése esetében a betegnek kizárólag a kezelőorvos kérelmére kell nyilatkoznia és csak azokról a gyógyászati ellátásokról, gyógyászati segédeszközökről és gyógyszerekről, amit nem a kezelőorvos, hanem más orvos írt fel. A nyilatkozatra gyógyászati segédeszköz esetében azért van szükség, mert pontosan meghatározott az egyes gyógyászati segédeszközöknél azok kihordási ideje, gyógyászati ellátásánál pedig azért, mert pontosan meghatározott az évenként igénybe vehető ellátások száma. Gyógyszereknél a nyilatkozat célja a beteg érdekében a polipragmázia kiszűrése.

(3) A Közösségi rendelet hatálya alá tartozó személy - ha Társadalombiztosítási Azonosító Jellel (a továbbiakban: TAJ szám) nem rendelkezik - a Közösségi rendelet szerinti formanyomtatvány, illetve hatósági igazolvány bemutatása esetén jogosult az egészségügyi szolgáltatásra.

(4) A Tbj. szerint biztosított, továbbá egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - a TAJ számát igazoló okmányt 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) Az utazás költségéhez nyújtott pénzübeli támogatás iránti igényt az egészségbiztosítóhoz kell benyújtani.

(7) A 22. § szerinti utazási költséghez nyújtott támogatás iránti, valamint a 27. § (1) és (2) bekezdéseiben említett ellátások költségeinek megtérítése iránti igény 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 Közösségi rendelet hatálya alá tartozó külföldi az egyezményben vagy a Közösségi rendeletben meghatározott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó jogosultságát az egyezményben vagy a Közösségi rendeletben meghatározott módon igazolja.

Szükségessé vált az egészségügyi ellátás igénybevételére jogosító igazolási rend áttekintése.

Az Ebtv. 29. §-a (1) bekezdésének hatályos szövege szerint az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásnak minősülő gyógyfürdőellátásra való jogosultság igazolásához elegendő a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet igazoló okmány bemutatása, míg a gyakorlat és a gyógyfürdőkre vonatkozó miniszteri rendelt szerint ehhez a gyógyszerek rendelésére használtlalt megegyező orvosi rendelvény és kezelőlap szükséges. A szabályozás egységének megeremtése érdekében indokolt az Ebtv. 29. §-a (1) bekezdését a törvényben foglaltak szerint módosítani.

Az új (2) bekezdés beiktatását az indokolja, hogy az Egészségbiztosítási Alap költségvetési előirányzatainak betarthatósága érdekében a szabályozórendszer minden elemében szükség van a megfelelő intézkedések megtételére. Ennek keretében célszerű megelőzni, hogy egy biztosított részére 30 napon belül a jogszabály alapján egy hónapra felírható gyógyszeradagot, illetve a kihordási időn belül azonos gyógyászati segédeszközt több orvos, egymás tudta nélkül többszörösen elrendeljen. (Ez az intézkedés a költségmegtakarítás mellett az orvosszakmai elvárásoknak is eleget tesz.) A párhuzamos rendelések kiszűrése a biztosított nyilatkozata alapján válik lehetővé, amelyet a kezelőorvos bevezet a biztosított egészségügyi dokumentációjába. A biztosított nyilatkozatát minden esetben rögzíteni kell az egészségügyi dokumentációban, amit ezt követően a biztosított aláírásával megerősít. A kezelőorvos ezen ismeretek birtokában felelősségteljesebben tud dönteni a beteg kezeléséről.

Az Ebtv. 29. §-a kiegészül egy új (3) bekezdéssel, amely értelmében az egészségügyi szolgáltató a rendelet hatálya alá tartozó személyeket formanyomtatvány, illetve - az 1408/71/EGK rendelet módosítása következtében 2004. június 1-től - az Európai Egészségbiztosítási Kártya (hatósági igazolvány) bemutatása esetén köteles ellátni. Az igazolások alapján az EGK rendelet szabályai szerint a biztosítók elszámolnak egymással.

Az átszámozott (4) bekezdés módosítása azért szükséges, mivel a hatályos megfogalmazás nem foglalja magában a biztosítottak nem minősülő, de egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldiek körét (pl.: megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldi, a biztosított vagy az egészségügyi szolgáltatásra jogosult magyar állampolgár által eltartott külföldi állampolgárságú közeli hozzátartozó).

Az Ebtv. 27. §-ának megfelelően a 29. § (5) és (7) bekezdéseiben is különbséget kell tenni a harmadik államban, valamint az EGT tagállam területén igénybe vett egészségügyi szolgáltatások között. Az EGT tagállamban nem az 1408/71/EGK rendelet alapján igénybevett egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítése iránti igény [27. § (6)] szigorúbb határidőn belül lesz érvényesíthető. Az Egészségbiztosítási Alap előirányzatainak tervezhetősége és az előirányzatok betarthatósága érdekében van szükség a nem orvosi szükség által indokolt vagy előzetes biztosítói engedély nélkül igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó szigorúbb előírásokra.

Az Ebtv. 29. §-ának a korábbi (4), a törvény szerinti (6) bekezdésének szövege nem változik.

Az Ebtv. 29. §-a kiegészül egy új, (8) bekezdéssel, amely generális jelleggel rendelkezik arról, hogy nemzetközi egyezmény vagy az 1408/71/EGK rendelet hatálya alá tartozó személy miként igazolhatja az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságát. Ennek köszönhetően egy új egyezmény megkötése vagy az 1408/71/EGK rendelet módosítása következtében az eddigiektől eltérő igényérvényesítési mód esetén sem kell a törvényt módosítani.

(9) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság a biztosítási jogviszonynak, illetve a Tbj. 16. § (1) bekezdés a)-o) és s) pontjaiban meghatározott jogosultsági feltételeknek a megszűnését követően további 45 napig fennmarad. Ha a biztosítási jogviszonynak vagy a Tbj. 16. § (1) bekezdés a)-o) és s) pontjai szerinti

jogosultsági feltételek fennállásának az időtartama 45 napnál rövidebb volt, akkor a megszűnést követően az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság ezen időtartammal hosszabbodik meg.

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.

Az egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszközöknek létezik egy olyan speciális csoportja (fogpótlást, fogszabályozó készülék), melyek a gyártótól nem egy üzleten keresztül kerülnek a beteghez, hanem az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakorvoson keresztül, aki az ellátás keretében adja át azt a betegnek az eszköz behelyezésével, amire az Ebtv. lehetőséget ad. Annak érdekében, hogy az ilyen eszközöket gyártók elszámolhassák az egészségbiztosítási szerv felé az eszközök árához nyújtott támogatást, az Ebtv. erre vonatkozó szakaszának módosításával szükséges lehetővé tenni, hogy a megyei egészségbiztosítási szervek erre jogosító szerződést köthessenek nem egészségügyi szolgáltatóval is (a fogpótlás esetében a fogtechnikussal). A szerződéskötésnek a törvény által előírt feltétele lesz, hogy a szerződő gyártónak, labornak rendelkeznie kell a társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről, valamint a rendelés, forgalmazás, kölcsönzés és javítás szakmai követelményeiről szóló 19/2003. (IV. 29.) ESzCsM rendeletben meghatározott hatósági bizonyítvánnyal. Ezen szakasz alapján szerződést lehet majd kötni az egyedi méretvétel alapján gyártott gyógyászati segédeszközök javítására is, amely alapján a szerződő személy a javítás díjához nyújtott támogatást számolhatja el. Azt, hogy mely segédeszközök gyártására, illetve javítására lehet majd ilyen szerződést kötni, az Ebtv. végrehajtásáról szóló kormányrendelet fogja meghatározni.

BH2007. 406. *A törvényben meghatározott feltételek mellett a biztosítót a gyógyászati segédeszköz ártámogatással való forgalmazására szerződéskötési kötelezettség terheli (1959. évi IV. törvény 198. §, 200. §, 206. §; 1997. évi LXXXIII. törvény 30. §, 33. §).*

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 kérdéssről.

Az Ebtv. módosítása új típusú szerződés megkötését teszi lehetővé az OEP és a gyógyszer forgalomba hozatalára jogosult, a gyógyászati segédeszköz forgalomba hozója, illetve a gyógyászati ellátás nyújtója között annak érdekében, hogy bizonyos többlet feltételeket, minőségi követelményeket meg lehessen határozni.

Így a támogatással forgalmazható termékek, illetve nyújtható gyógyászati ellátások mennyiségéről, áráról, kiegészítő szolgáltatásokról, minőségi jellemzőkről szóló szerződés alapján lehetővé válik, hogy a gyógyászati segédeszközök esetében - hatósági ár bevezetése nélkül - egy adott terméket valamennyi forgalmazónál társadalombiztosítási támogatással azonos térítési díj mellett árusítsanak, gyógyászati ellátások esetében pedig az ellátást támogatással igénybe vevők azonos mértékű térítési díjat fizessenek ugyanazon ellátásért.

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

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

b) a szolgáltatás nyújtásához rendelkezésre álló, a finanszírozás szempontjából meghatározó feltételeket,

c) az egészségügyi szakellátásra történő beutalásra jogosult, a táppénzfizetés alapjául szolgáló keresőképesség elbírálására, továbbá a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás támogatással történő rendelésére jogosult személyek azonosító adatait,

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,

Az egészségügyi szolgáltatókkal kötött finanszírozási szerződésben - az Ebtv. hatályos szövegében meghatározottakon túl - meg kell határozni az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet szerint elszámolható szolgáltatások mennyiségét, továbbá azt, hogy az egészségügyi szolgáltató az Ebtv. 21. § (2) bekezdésében foglaltak alapján az ellátás keretében szolgált-e ki gyógyászati segédeszközt, így például az audiológiai szakrendelésen hallókészüléket.

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) az egészségügyi szolgáltatónál működő intézményi várólista kezelésére jogosult személy(ek) azonosító adatait, valamint az egészségügyi szolgáltató azon szervezeti egységének azonosító adatait, amelyik intézményi várólista alapján nyújt egészségügyi szolgáltatást.

(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 gyógyászati segédeszköz-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,

Az OEP, illetve a MEP-ek által végzett ellenőrzést segíti, hogy az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi dokumentáció vezetésének - amely tartalmazza az elektronikusan vezetett dokumentáció hitelesítésének módját is - a külön jogszabályban foglaltak alapján általa meghatározott rendjéről szóló tájékoztatóját mellékletként csatolja a szerződéshez.

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 engedélyt 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.

BH2004. 422. II. *Az egészségügyi szolgáltató és a finanszírozó között polgári jogi jogviszony jön létre, ezért az egészségügyi szolgáltató az elszámolás benyújtása után - az ellene indított polgári perben - bizonyíthatja a finanszírozási összeg rendeltetésszerű felhasználását [1995. évi LXXIII. tv. 10. § (4) bek.; 1997. évi LXXXIII. tv. 31. § (1) bek.; 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rend. 12. § (1) bek.].*

BH2004. 35. *Az önkormányzati képviselő összeférhetetlenségének megállapítása során az önkormányzattal kötött szerződés valódi tartalmát kell vizsgálni (1997. évi LXXXIII. tv. 31. §, 2000. évi XCVI. tv. 15. §)*

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

- a) külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz rendelésére jogosult,
- b) a szerződés megkötését kezdeményezi, és
- c) a külön jogszabályban a szerződéskötés feltételül meghatározott kötelezettségének eleget tesz,

feltéve, hogy amennyiben az orvost támogatással történő rendelésre jogosító korábbi szerződés a 37. § (5) és (7) bekezdése alapján került felmondásra, a 37. § (5) bekezdése esetében a felmondástól számított egy év, a 37. § (7) bekezdése esetében a felmondástól számított két év már eltelt.

(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 gyógyászatisegédeszköz-rendelést elősegítő számítógépes rendszer alkalmazásával rendelhet.

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

- a) az orvos szakorvosi szakképesítését,
- b) azokat a jogcímekeket, amelyek alapján az orvos támogatással történő rendelésre válik jogosulttá,
- c) a szerződés hatályát, a módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszűnése 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) A támogatással történő rendelésre jogosító szerződés mellékletét képezi az orvos nyilatkozata arról, hogy

- a) áll-e gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel, vagy
- b) rendelkezik-e a gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő korlátozott felelősségű társaságban, részvénytársaságban többségi befolyást biztosító tulajdoni hányaddal, vagy
- c) tagja-e ilyen tevékenységet folytató közkereseti társaságnak, betéti társaságnak, illetve egyéni vállalkozóként folytatja-e a megjelölt tevékenységek valamelyikét.

Az Ebtv. 32. §-ának (3) bekezdése szerint a támogatással történő rendelésre jogosító szerződés mellékletét képezi az orvos arra vonatkozó nyilatkozata, hogy áll-e gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel, illetve rendelkezik-e a gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő felett jelentős befolyást biztosító tulajdoni hányaddal. Tekintettel arra, hogy a gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény már nem ismeri a jelentős befolyás fogalmát, szükséges a bekezdés pontosítása. A 2006. évi IV. törvény hatálybalépésének időpontjától a Polgári Törvénykönyv 685/B. §-a rendelkezik „többségi befolyás” fogalmáról.

(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.

Az Ebtv. hatályos szövege alapján gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére finanszírozott egészségügyi szolgáltatónak a finanszírozási szerződésben megnevezett orvosa jogosult, míg gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére a nem

finanszírozott egészségügyi szolgáltató azon orvosa is jogosult, akivel a MEP erre szerződést kötött. Jelen módosítás megteremti annak lehetőségét, hogy a MEP a gyógyászati ellátás (például fürdőgyógyászati ellátások) társadalombiztosítási támogatással történő nyújtására jogosult szolgáltató orvosával - a Vhr.-ben meghatározott szabályok szerint - gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köthessen.

A törvénymódosítás új elemként vezeti be, hogy a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosító szerződés mellékletét kell, hogy képezze az orvos arra vonatkozó nyilatkozata, hogy áll-e gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel, illetve ezekben rendelkezik-e jelentős befolyást biztosító tulajdoni hányaddal. A gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló orvos kizárólag külön jogszabályban foglalt esetben jogosult gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz rendelésére. Amennyiben az ilyen jogviszonyban álló orvos a külön jogszabályban meghatározott feltételeket figyelmen kívül hagyva a jogviszonyával összefüggő termékek tekintetében gyógyszert, gyógyászati segédeszközt támogatással szándékosan jogosulatlanul rendelt, szigorúbb szankciók alkalmazására kerül sor vele szemben.

Az Ebtv. hatályos szövege nem tartalmaz rendelkezéseket a pro familia jogcímen történő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésre, amit jelen módosítás pótol. Ennek alapján a MEP valamennyi orvossal - aki ezt igényli - szerződést köt, hogy az orvos saját maga vagy hozzátartozója részére gyógyszert, gyógyászati segédeszközt rendelhessen. Ez által az OEP, illetve a MEP-ek számára könnyebbé és eredményesebbé válhat a pro familia rendelések ellenőrzése.

Az Eszt. 2. §-ának módosítása az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló 2003. évi XLIII. törvény 63/2003. (XII. 15.) AB határozattal történt megsemmisítése miatt előállt joghézag helyreállítása érdekében szükséges.

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

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.

BH2007. 406. *A törvényben meghatározott feltételek mellett a biztosítót a gyógyászati segédeszköz ártámogatással való forgalmazására szerződéskötési kötelezettség terheli (1959. évi IV. törvény 198. §, 200. §, 206. §; 1997. évi LXXXIII. törvény 30. §, 33. §).*

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.

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

35. § (1) Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközektől elkülönítetten kezeli. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10%-a engedélyezhető.

(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 gyógyszerár 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 szerződésszegés 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.

Az Alkotmánybíróság korábbi döntéseiből [például az 59/1991. (XI. 19.) AB határozat és a 33/1993. (V. 28.) AB határozat] következően a szerződéses viszonyokban az állam sem élvezhet egyoldalú előnyöket. Ennek megfelelően, amennyiben az OEP nem teljesíti határidőre a szerződésben vállalt finanszírozási kötelezettségét, késedelmi kamatot köteles fizetni. A 35. § új, (7) bekezdése írja elő ezt a kamatfizetési kötelezettséget.

BH2004. 422. I. *Az egészségügyi szolgáltató szerződésszegést követ el, ha az Egészségbiztosítási Alapból kapott összeget nem a finanszírozási szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használja fel; a szerződésellenesen felhasznált összeget köteles visszafizetni [1995. évi LXXIII. tv. 15. § (3) bek.; 1997. évi LXXXIII. tv. 35. § (1) és (5) bek.; Ptk. 318. § (1) bek., 339. § (1) bek.].*

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, 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.

Az OEP, illetve a megyei egészségbiztosítási pénztárak (a továbbiakban: MEP) az Ebtv. 30. §-a és 31-33/A. §-a alapján atipikusnak minősíthető polgári jogi szerződést kötnek az egészségügyi szolgáltatókkal a finanszírozott egészségügyi ellátások nyújtására, a forgalmazókkal, a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatókkal a biztosítottak részére kiszolgáltatott gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve nyújtott gyógyászati ellátás után járó ártámogatás elszámolására, valamint a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére. Az Ebtv. 36. §-ban foglalt, az OEP/MEP ellenőrzési tevékenységére vonatkozó rendelkezések gyakorlati végrehajtása során számos értelmezési problémát vetett fel, hogy a normaszövegből egyértelműen nem állapítható meg, hogy az OEP, illetve a MEP ezen szerződések által létrehozott polgári jogi jogviszony (az egyes szerződésekbe foglalt ellenőrzésre vonatkozó rendelkezések) alapján, és nem hatóságként jogosult az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzésére, ezért szükségessé vált ennek egyértelmű kimondása a törvény szövegében.

Szükséges továbbá annak előírása is, hogy a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknak a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosult orvosok az általa kezelt biztosított egészségügyi dokumentációját köteles az ellenőrzés során az őt ellenőrző személy rendelkezésére bocsátani.

EBH2005. 1231. II. *Az ártámogatás elszámolásának alapja a jogszabályoknak megfelelően kitöltött, érvényes, az átvevő által aláírt orvosi vény, ezért a forgalmazót terheli annak bizonyítása, hogy az elszámolás vények alapján történt. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak kell bizonyítania, hogy betegek nem kapták meg a társadalombiztosítás által támogatott vényekre felírt szolgáltatást és ezért a forgalmazónak kifizetett ártámogatás visszajár [134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet 2. §; 1997. évi LXXXIII. törvény 36. § (4) bek., 38. §; 1952. évi III. törvény 164. § (1) bek.].*

BH2005. 295. II. *Az ártámogatás elszámolásának alapja a jogszabályoknak megfelelően kitöltött érvényes, az átvevő által aláírt orvosi vény, ezért a forgalmazót terheli annak bizonyítása, hogy az elszámolás vények alapján történt. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak kell bizonyítania, hogy betegek nem kapták meg a társadalombiztosítás által támogatott vényekre felírt szolgáltatást és ezért a forgalmazónak kifizetett ártámogatás visszajár [134/1999. (VIII. 31.) Korm. rend. 2. §; 1997. évi LXXXIII. tv. 36. § (4) bek., 38. §; 1952. évi III. törvény 164. § (1) bek.].*

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) más forrásból megtérülő ellátást,

ac) el nem végzett ellátást,

ad) orvosszakmailag indokolatlanul vagy nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott ellátást

számolt el, vagy

ae) az egészségügyi szolgáltató vagy beutalásra jogosult orvosa nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatások rendelésénél,

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) és (8) bekezdés, illetőleg a 31. § (5) bekezdése és a 35. § (6) bekezdése szerinti megtérítési, illetve visszatérítési kötelezettség a jogalap nélkül igénybe vett finanszírozást követő két éven belül a finanszírozás 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 jogszabályokban foglalt előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét megtéríti.

(4) Amennyiben a (3) bekezdés szerint jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege meghaladja a tárgyhónapban a külön jogszabályban meghatározott összeget, a támogatással történő rendelésre való jogosultságot - a (3) és (9) bekezdésben foglaltak mellett - legfeljebb egy évre fel kell függeszteni.

(5) Amennyiben a (3) bekezdés szerinti jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege egy éven belül meghaladja a (4) bekezdés szerinti összeg tízszeresét, a (3) és (9) bekezdésben foglaltak mellett a támogatással történő rendelésre jogosító szerződést fel kell mondani.

(6) Amennyiben a 32. § (4) bekezdése szerinti nyilatkozatban meghatározott jogviszonyban álló, illetve tulajdoni hányaddal rendelkező orvos által - az ezen nyilatkozatban foglaltakkal érintett termékkör tekintetében - szándékosan jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege a tárgyhónapban meghaladja a (4) bekezdés szerinti összeget, a támogatással történő rendelésre való jogosultságot - a (3) és (9) bekezdésben foglaltak mellett - legfeljebb 2 évre fel kell függeszteni.

(7) Amennyiben a 32. § (4) bekezdése szerinti nyilatkozatban meghatározott jogviszonyban álló, illetve tulajdoni hányaddal rendelkező orvos által - az ezen nyilatkozatban foglaltakkal érintett termékkör tekintetében - szándékosan jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege egy éven belül meghaladja a (4) bekezdés szerinti összeg ötszörösét, a (3) és (9) bekezdésben foglaltak mellett a támogatással történő rendelésre jogosító szerződést fel kell mondani.

(8) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató az általa vagy a támogatással történő rendelésre jogosult orvosa által a rendelésre vonatkozó jogszabályokban foglalt előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét megtéríti.

(9) Amennyiben a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve 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.

(10) Az (1), (3), (8) és (9) bekezdések, valamint a 31. § (5) és a 35. § (6) bekezdése szerinti követelés összege után a jegybanki alapkamat kétszeresét kell fizetni.

A jogosulatlan elszámolások visszaszorítása érdekében kerül sor az egészségügyi szolgáltatók visszatérítési kötelezettségére vonatkozó rendelkezések pontosítására, kiegészítésére.

Jelen módosítás által átalakításra kerülő szankciórendszer egyrészt a finanszírozott egészségügyi szolgáltatóra tartalmaz szabályokat, pontosan meghatározva, hogy a szolgáltató milyen esetekben köteles visszatéríteni a teljes finanszírozási összeget, illetve a többletet. A 32. § módosításával összhangban kerülnek meghatározásra a jogosulatlanul rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátáshoz nyújtott külön jogszabályban foglalt összeghatárt meghaladó támogatás kamattal terhelt visszafizetésének, továbbá a rendelésre vonatkozó szerződés felfüggesztésének, illetve felmondásának esetei. Az új szankciórendszer a jogosulatlanul történt rendelés összegének megfelelően fokozza az alkalmazható szankciókat, továbbá figyelembe veszi, hogy a jogosulatlan rendelés az adott termékkör tekintetében olyan orvos által történt-e, aki gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz promóciós tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban vagy tulajdoni viszonyban áll gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel, ebben az esetben szigorúbbak a szankciók.

(11) 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 jogosultságot legfeljebb egy évre fel kell függeszteni.

(12) Amennyiben a 36. § (3) bekezdés szerinti ellenőrzés során megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltató a kiállított elszámolási nyilatkozatot - önhibájából - a biztosítottal nem íratta alá, akkor az adott ellátás után járó finanszírozási összegnek csak 90 százalékára jogosult. A teljes finanszírozási összeg korábbi kifizetése esetén annak 10 százalékát az egészségügyi szolgáltató visszatéríti.

Az Ebtv. 37. §-ának (1) bekezdése alapján az egészségügyi szolgáltató meghatározott feltételek fennállása esetén köteles megtéríteni az általa nyújtott ellátás után elszámolt finanszírozási összeget, így például akkor, ha az ellátás más forrásból megtérül. Az említett példa esetében a beszedett vizitdíjat és kórházi napidíjat nem lehet úgy figyelembe venni, mintha ebből a forrásból térült volna meg az ellátás, még akkor sem, ha az ellátás után elszámolt finanszírozási összeg alacsonyabb az ellátásért beszedett vizitdíjnál.

A finanszírozott egészségügyi szolgáltató az adott ellátás után kapott finanszírozási összeg 10%-át köteles visszafizetni, ha az ellenőrzés során megállapításra kerül, hogy a kiállított elszámolási nyilatkozatot önhibájából a biztosítottal nem íratta alá. Ha a szolgáltató önhibájából nem szedte be a vizitdíjat és a kórházi napidíjat, akkor a be nem szedett összegnek megfelelő összeget megtéríti az egészségbiztosítónak.

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

- a) az egyéves leltáridőszakon belüli beszerzésre, készletváltózásra 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.

(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 kiszolgáltatóval, forgalmazóval és az ellátás nyújtójával, illetve ezek jogutódjával új szerződés a felmondástól számított egy évig nem köthető.

Indokolt a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz támogatással történő kiszolgáltatásával kapcsolatos jogszabályok megszegésével járó következmények módosítása, mivel azok túl szigorúan és aránytalanul szankcionálják a patikákat és a gyógyászati segédeszköz forgalmazókat. A módosítás megváltoztatja azt a szabályt, hogy értékhatártól függetlenül, önmagában kis értékű adminisztrációs hiba kétszeri elkövetése összeghatártól függetlenül szerződésbontáshoz vezet.

(5) Amennyiben az egészségbiztosító a megyei szakfőorvos közreműködésével 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.

Az egyedi méretvétel alapján, rendelésre készített gyógyászati segédeszköz gyártójával szemben jelenleg az akár többszöri hibás teljesítés esetén sincs lehetősége fellépni a biztosítónak. A törvény ezért előírja, hogy amennyiben a biztosító, valamint a biztosító külön jogszabály szerinti területi szerve a megyei szakfőorvos közreműködésével 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.

Az Ebtv. 37. §-ának (2) bekezdése lehetővé teszi, hogy a finanszírozott egészségügyi szolgáltatót terhelő megtérítési, illetve visszatérítési kötelezettség a jogalap nélkül igénybe vett finanszírozást követő két éven

belül a finanszírozás elszámolása során is érvényesíthető. Ennek analógiájára vezeti be ezen szakasz, hogy a visszatérítési kötelezettség a támogatás jogalap nélküli elszámolását követő 2 éven belül támogatás elszámolása során is érvényesíthető.

(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 előirányzatból 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.

EBH2005. 1231. II. *Az ártámogatás elszámolásának alapja a jogszabályoknak megfelelően kitöltött, érvényes, az átvevő által aláírt orvosi vény, ezért a forgalmazót terheli annak bizonyítása, hogy az elszámolás vények alapján történt. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak kell bizonyítania, hogy betegek nem kapták meg a társadalombiztosítás által támogatott vényekre felírt szolgáltatást és ezért a forgalmazónak kifizetett ártámogatás visszajár [134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet 2. §; 1997. évi LXXXIII. törvény 36. § (4) bek., 38. §; 1952. évi III. törvény 164. § (1) bek.].*

BH2005. 295. II. *Az ártámogatás elszámolásának alapja a jogszabályoknak megfelelően kitöltött érvényes, az átvevő által aláírt orvosi vény, ezért a forgalmazót terheli annak bizonyítása, hogy az elszámolás vények alapján történt. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak kell bizonyítania, hogy betegek nem kapták meg a társadalombiztosítás által támogatott vényekre felírt szolgáltatást és ezért a forgalmazónak kifizetett ártámogatás visszajár [134/1999. (VIII. 31.) Korm. rend. 2. §; 1997. évi LXXXIII. tv. 36. § (4) bek., 38. §; 1952. évi III. törvény 164. § (1) bek.].*

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 - az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi rendelkezések figyelembevételével - a biztosítottnál a személyes adatokra és az egészségügyi adatokra vonatkozóan adategyeztetést kezdeményezhet.

(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 ellenőrzi.

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

Irányított betegellátási rendszer

38/C. § (1) Az irányított betegellátási rendszer működése az érintett biztosítottak egészségi állapotának, az általuk igénybe vett egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának, minőségének és az ellátások szerveztségének javítása, valamint a felszabaduló források célszerű felhasználása érdekében biztosítja

a) az érintett biztosítottak kötelező egészségbiztosítás keretében térítésmentesen, illetve támogatás ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátásának a progresszív ellátás adott szinten történő megszervezését, megfelelőségének és minőségének - az igénybevételi adatok alapján történő - nyomon követését,

b) az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók munkájának koordinálását,

c) az ellátásokról történő folyamatos visszacsatolást, valamint

d) az egészségfejlesztési és prevenciók programok koordinálását.

(2) A Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvényben (a továbbiakban: költségvetési törvény) meghatározottak figyelembevételével az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatások irányított betegellátás keretében történő nyújtásának megszervezésére a külön jogszabály szerinti pályázaton kiválasztott és a külön jogszabályban meghatározott egyéb feltételeknek megfelelő, irányított betegellátás szervezésére vállalkozó egészségügyi szolgáltatóval (a továbbiakban: ellátásszervező) köthet szerződést.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott célok elérése érdekében az ellátásszervező feladata:

a) az ellátásszervezés és koordinálás, a betegút követése,

b) a vállalt prevenciók terv megvalósításának megszervezése, koordinálása, ellenőrzése és értékelése, valamint módosítása a jogszabályok által kötelezően előírt vagy egyéb forrásból támogatott programok változása miatt, továbbá a módosított terv jóváhagyásra való megküldése az egészségbiztosító részére,

c) a minőségbiztosítás követelményrendszerének teljesítése az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 120. §-ában foglaltak szerint, különösen minőségpolitikai nyilatkozat, szakmai protokollok alkalmazása,

d) a *g)* pontban foglaltakra figyelemmel a külön jogszabályban előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése, az egészségbiztosítótól kapott tételes betegforgalmi adatok elemzése, monitoringrendszer működtetése,

e) az érintett biztosítottak részére nyújtott egészségügyi ellátások betegforgalmi adatainak elemzése,

f) az egészségbiztosító által megküldött keresőképtelenségi napok összehasonlító statisztikai adatainak elemzése,

g) az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 22/B. §-ának (2)-(3) bekezdésében meghatározott adatok kezelése,

h) amit külön jogszabály ekként határoz meg.

(4) Az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások fedezetéül a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett biztosítottak kora, neme szerinti és külön jogszabályban meghatározott egyéb szempontok alapján számított arányos része (a továbbiakban: fejkvóta) szolgál. A fejkvóta szerinti összeget mint bevételt, valamint az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások finanszírozási díját mint kiadást tartalmazó kimutatást (a továbbiakban: elvi számla) az egészségbiztosító vezeti. Az elvi számla pozitív egyenlege a bevételi többlet. A bevételi többlet felosztására és felhasználására a költségvetési törvényt és az e törvény felhatalmazásán alapuló külön jogszabály rendelkezéseit kell alkalmazni.

(5) Az ellátásszervezővel a (2) bekezdés alapján kötött szerződésben (a továbbiakban: ellátásszervezési szerződés) a szerződés hatályára, módosítására, felmondására vonatkozó rendelkezéseken kívül rendelkezni kell

a) arról, hogy az ellátásszervező mely egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja saját maga, illetve más egészségügyi szolgáltató igénybevételével,

b) a teljes körű minőségi, definitív ellátásokra ösztönző, hatékony egészségügyi szolgáltatás biztosításáról, valamint a betegségek időben történő megelőzését, az egészség megőrzését szolgáló prevenciók program megvalósítására vonatkozó kötelezettség vállalásáról,

c) az egészségbiztosító által vezetett elvi számlán jelentkező megtakarítás elszámolásáról,

d) az adatszolgáltatási kötelezettségről,

e) az ellenőrzésről,

f) a szerződésszegés esetén az igény érvényesítéséről,

g) arról, amit külön jogszabály előír.

(6) Az ellátásszervezési szerződéshez csatolni kell

a) a 38/D. § (1) bekezdése szerinti szolgáltatási szerződést,

b) a 38/D. § (2) bekezdése szerinti megállapodást,

c) a külön jogszabályban meghatározott mellékleteket.

(7) Az irányított betegellátási rendszerben érintett biztosítottak az ellátásszervezővel a 38/D. § (1) bekezdése alapján szerződött háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak közül azok minősülnek, akik a (9) bekezdés szerinti értesítést követően egy hónapon belül a külön jogszabályban meghatározottak szerint az egészségügyi és személyes adataik ellátásszervező általi kezelését nem tiltották meg.

(8) Hozzárendelt biztosítottak minősülnek a (9) bekezdés szerint értesített biztosítottak közül azok, akik adataik ellátásszervező általi kezelését megtiltották.

(9) A hozzá bejelentkezett biztosítottakat az ellátásszervező - a háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató közreműködésével - írásban tájékoztatja az ellátásszervezőhöz történő csatlakozása szándékáról, illetőleg az irányított betegellátási rendszerben már részt vevő háziorvos ennek tényéről és - a biztosítottakat érintő - következményeiről, így különösen: az irányított betegellátási rendszer céljairól, működéséről, tartalmi elemeiről (az elérhető prevenciók programokról, az emelt szintű gondozás lehetőségeiről), valamint az ellátásszervező és kapcsolattartója nevééről, címéről és elérhetőségéről. Tájékoztatni kell továbbá a biztosítottakat arról is, hogy az irányított betegellátási rendszerben érintett biztosítottként való részvétel feltétele az, hogy az egészségügyi és személyazonosító adataiknak az ellátásszervező általi - az Eüak.-ban foglaltak szerinti - kezelését ne tiltsák meg.

(10) A (4) bekezdés szerinti elvi számla tekintetében a hozzárendelt biztosítottakat is figyelembe kell venni.

38/D. § (1) Az irányított betegellátási rendszerben való részvétel érdekében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, háziorvosi ellátást nyújtó szolgáltató szolgáltatási szerződést köthet az ellátásszervezővel.

(2) Az ellátásszervező a vele szolgáltatási szerződésben nem álló finanszírozott egészségügyi szolgáltatóval együttműködési megállapodást köthet az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásában való közreműködésre.

(3) Az (1) bekezdés szerinti szolgáltatási szerződések megkötése során az ellátásszervezőnek a működés földrajzi határain belül - Budapest kivételével - zárt terület kialakítására kell törekednie a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló törvényben meghatározott kistérségi határok figyelembevételével. A 38/C. § (4) bekezdése szerinti elvi számla tekintetében az adott kistérség - a (4) bekezdésben meghatározott kivétellel - az ellátásszervező területének minősül, ha a kistérségben működő háziorvosi praxisok több mint 70%-a csatlakozik a szervezőhöz.

(4) A (3) bekezdés szerint az ellátásszervező területének minősülő kistérségben más ellátásszervezővel szerződött háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak a 38/C. § (4) bekezdése szerinti elvi számla tekintetében a háziorvosi szolgáltatóval szerződött ellátásszervezőnél kerülnek figyelembevételre.

(5) Az irányított betegellátási rendszerben részt vevő egészségügyi szolgáltatók által teljesített ellátások finanszírozása a szerződés időtartama alatt is érvényes finanszírozási szerződések alapján történik.

Az IBR-ben történő ellátásszervezésre az OEP a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvényben (a továbbiakban: költségvetési törvény) meghatározottak figyelembevételével kiírt, az IBR-re vonatkozó részletszabályokat meghatározó kormányrendelet szerinti pályázaton kiválasztott és a külön jogszabályban meghatározott egyéb feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatóval köthet szerződést (a továbbiakban: ellátásszervező).

Az ellátásszervező feladatai közé tartozik:

- az ellátásszervezés és koordinálás, a betegút követése,
 - a vállalt prevenciók terv megvalósításának megszervezése, koordinálása, ellenőrzése és értékelése, valamint módosítása a jogszabályok által kötelezően előírt vagy egyéb forrásból támogatott programok változása miatt, továbbá a módosított terv jóváhagyásra való megküldése az OEP részére,
 - a minőségbiztosítás követelményrendszerének teljesítése az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 120. §-ában foglaltak szerint, különösen minőségpolitikai nyilatkozat, szakmai protokollok alkalmazása,
 - a külön jogszabályban előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése, az OEP-től kapott tételes betegforgalmi adatok elemzése, monitoringrendszer működtetése,
 - az érintett biztosítottak részére nyújtott egészségügyi ellátások betegforgalmi adatainak elemzése,
 - az OEP által megküldött keresőképtelenségi napok összehasonlító statisztikai adatainak elemzése,
 - az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 32/A. §-a (1)-(2) bekezdésében meghatározott adatok kezelése,
- amit külön jogszabály ekként határoz meg.*

Az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások fedezetéül a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett biztosítottak kora, neme szerinti és külön jogszabályban meghatározott egyéb szempontok alapján számított arányos része, a fejkvóta szolgálat. A fejkvóta szerinti összeget mint bevételt, valamint az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások finanszírozási díját mint kiadást tartalmazó kimutatást (a továbbiakban: elvi számla) az OEP vezeti. Az elvi számla pozitív egyenlege a bevételi többlet. A bevételi többlet felosztására és felhasználására a költségvetési törvény és az e törvény felhatalmazásán alapuló külön jogszabály rendelkezéseit kell alkalmazni. Az elvi számla tekintetében az adott kistérség a szervező területének minősül, ha a kistérségben működő háziorvosi praxisok több mint 70%-a csatlakozik a szervezőhöz.

Az IBR-ben való részvétel érdekében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi ellátást nyújtó szolgáltató szolgáltatási szerződést köthet az ellátásszervezővel. Érintett biztosítottak az

ellátásszervezővel az így szerződött háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak minősülnek.

A szolgáltatási szerződések kötése során az ellátásszervezőnek a működés földrajzi határain belül - Budapest kivételével - zárt terület kialakítására kell törekednie a települési önkormányzatok többcéltű kistérségi társulásáról szóló törvényben meghatározott kistérségi határok figyelembevételével.

Az ellátásszervező a vele szolgáltatási szerződésben nem álló egészségügyi szolgáltatóval együttműködési megállapodást köthet az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásában való közreműködésre. Az IBR-ben résztvevő háziorvos természetesen ettől függetlenül más egészségügyi szolgáltatóhoz is beutalhatja a beteget.

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 követő negyvenkét napon túl táppénz, illetőleg baleseti 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.

Az Ebtv. 42. §-a (2) bekezdésének pontosítása azért szükséges, mert a „kereset” fogalmat az adózás rendjéről szóló törvény és a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról szóló törvény sem használja, mivel mind az adóalap, mind a járulékalap meghatározásánál a jövedelmet kell figyelembe venni.

(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 igénybevételének 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 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.

A GYED korábbi felső korlátja alacsonyabb, mint a várható minimálbér kétszeresének 70%-a. Ennek az ellentmondásnak a feloldását teszi lehetővé a törvény, valamint ezzel a megoldással biztosítja a módosítás a GYED felső korlátjának automatikus emelését.

(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 ismételten 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 újabb biztosítása alapján is megállapítható, táppénzre csak az újabb biztosítása alapján jogosult. Ezt a rendelkezést kell alkalmazni az egyidejűleg fennálló több jogviszonyból származó jogosultságra is.

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;

Az Európai Unió Tanácsának a 79/7/EGK irányelve (1978. december 19.) a férfiakkal és a nőkkel való egyenlő bánásmód elvének a szociális biztonság területén történő fokozatos megvalósításáról rendelkezik. Az irányelvben foglalt szabályok maradéktalanul érvényesítése indokolja az Ebtv. 44. §-ának módosítását, amely jogosulttá teszi az apát is táppénzre, ha egy évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja. A korábbi szabályozás ugyanezt csak abban az esetben tette lehetővé, ha az apa egyedülálló volt, vagy gyermeke már elmúlt egyéves, de tizenkettő még nem.

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 akit járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható.

45. § (1) A betegség okozta keresőképzetlenség elbírálásánál az a foglalkozás, illetőleg az a munkakör az irányadó, amelyben a biztosított a keresőképzetlenségét közvetlenül megelőzően dolgozott.

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

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

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

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

a) a biztosítási jogviszony fennállásának időtartama alatt egy éven át, a biztosítási jogviszony megszűnését követően 45 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, egyedülállóknak nyolcvannégy naptári napon át;

e) hatévesnél idősebb, de tizenkét évesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként tizennégy, egyedülállóknak 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 keresőképzetlenség esetében táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejártát követő naptól jogosult.

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

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

a) tizennyolc éves kora előtt válik keresőképzetlenné, vagy

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

(5) Ha a biztosított a keresőképzetlenség első napját közvetlenül megelőző egy éven belül már táppénzben részesült, ennek időtartamát az újabb keresőképzetlenség 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 állat-egészségügyi zárlat miatt részesült táppénzben.

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

BH2006. 131. *A biztosítási jogviszony megszűnése után járó táppénz folyósításának időtartama, az időtartam csökkentésének időbeli hatálya (1997. évi LXXXIII. tv. 46. §, 82. §; 2002. évi LVIII. tv. 28. §).*

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

b) a keresőképzetlenségnek 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 keresőképeségét elbíráló orvos utasításait nyilvánvalóan nem tartja be, illetőleg a gyógyulását tudatosan késlelteti.

BH2003. 89. *Ha a munkavállaló a keresőképtelensége idejére is megkaphatja a teljes keresetét, nem tarthat igényt táppénzre [1997. évi LXXXIII. tv. 47. § (2) bek. b) pont].*

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 hetven százaléka, ennél rövidebb biztosítási idő esetében vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás tartama alatt hatvan százaléka.

BH2005. 159. *A táppénz összegének megállapításánál az irányadó időszakban elért jövedelemhez hozzá kell számítani az erre az időszakra tekintettel kifizetett célprémiumot [1997. évi LXXXIII. törvény 2001. november 24-étől hatályos 48. § (1) bekezdése].*

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 keresőképeségét elbíráló orvos a táppénzre való jogosultság lejárta 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 biztosított 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 akkor engedélyezheti a terhességi-gyermekágyi segélynek, a gyermekgondozási díjnak és a táppénznek a biztosított részére történő folyósítását, ha a biztosított az ahhoz szükséges biztosítási idővel nem rendelkezik. Az egészségbiztosítási szerv a biztosítási jogviszony megszűnését követő 45 napon át járó táppénz folyósítását legfeljebb 45 nappal méltányosságból meghosszabbíthatja.

(2) 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, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri. 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 kezelésen 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.

EBH2007. 1742. *A műtét során elszenvedett egészségkárosodás nem tekinthető üzemi balesetnek (1997. évi LXXXIII. törvény 52. §).*

EBH2006. 1549. *Az alkotmányellenes jogszabály alapján hozott társadalombiztosítási határozat jogszabálysértő. A foglalkozás különös veszélye folytán keletkezett foglalkozási betegség alapján baleseti egészségügyi ellátás vehető igénybe (1997. évi LXXXIII. törvény 52. §).*

BH2007. 247. *Az alkotmányellenes jogszabály alapján hozott társadalombiztosítási határozat jogszabálysértő. A foglalkozás különös veszélye folytán keletkezett foglalkozási betegség alapján baleseti egészségügyi ellátás vehető igénybe (1997. évi LXXXIII. törvény 52. §; 217/1997. Korm. rendelet, és az idézett törvényen és rendeleten kívül: 457/B/2005. számú AB határozat).*

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 leggrövidebb útvonalon közlekedve, vagy az utazás indokolatlan megszakítása során történt.

(2) Az, aki sérülését szándékosan okozta, vagy az orvosi segítség igénybevételevel, 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 igénybevételekor 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 jövedelmének naptári napi összegével. 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.

(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 100 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 jövedelmének naptári napi összegével.

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 vagy egészségügyi szolgáltatási járulékot fizetett.

(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 keresőképtelenné 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.

EBH2004. 1066. *Amennyiben a nem rendszeres jövedelem kifizetésének körülményei, a kifizetés időpontja, a nem rendszeres jövedelem összege, vagy más lényeges körülmény miatt a munkáltatónak a baleseti táppénzzel összefüggő nyilatkozata kétséges, a nyilatkozata a peres eljárásban is vizsgálható [1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 48., 55., 56. §; 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 33. §, 31. § (5)-(6) bek.].*

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.

BH2003. 466. *A felszámolási eljárás megindulását megelőzően bekövetkezett károsodásokkal kapcsolatban a megyei nyugdíjbiztosítási igazgatóság által kifizetett járadék megtérítése iránti igényt a Cstv. 57. § (1) bekezdésének e) pontjába kell besorolni [1993. évi LXXXI. tv.-nyel és az 1997. évi XXVII. tv.-nyel módosított 1991. évi IL. tv. 35. § (2) bek., 37. § (2) bek., 57. § (1) bek. a) és e) pontja, (2) bek. a) pontja, 1997. évi LXXXIII. tv. 57. § (1) bek., 58. § (1) és (2) bek., 67. §, 70. § (3) bek.].*

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.

BH2003. 466. *A felszámolási eljárás megindulását megelőzően bekövetkezett károsodásokkal kapcsolatban a megyei nyugdíjbiztosítási igazgatóság által kifizetett járadék megtérítése iránti igényt a Cstv. 57. § (1) bekezdésének e) pontjába kell besorolni [1993. évi LXXXI. tv.-nyel és az 1997. évi XXVII. tv.-nyel módosított 1991. évi IL. tv. 35. § (2) bek., 37. § (2) bek., 57. § (1) bek. a) és e) pontja, (2) bek. a) pontja, 1997. évi LXXXIII. tv. 57. § (1) bek., 58. § (1) és (2) bek., 67. §, 70. § (3) bek.].*

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 aszbesztózis alapján járó baleseti járadék megállapításánál a szilikózis vagy aszbesztózis 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 nyugdíjjáradék 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 utoljára megállapították.

VII. Fejezet

A PÉNZBELI ELLÁTÁSOKKAL KAPCSOLATOS IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

Általános rendelkezések

61. § (1) Az egészségbiztosítási pénzbeli ellátásokat szóban vagy írásban, a külön jogszabályban meghatározott igazolások benyújtásával lehet igényelni.

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

(3) Az igénybejelentés napja az igény átvételének - vagy ha az igényt posta útján terjesztették elő a kérelem postára adásának - igazolt napja.

(4) Az igényt határozatban kell elbírálni. Az e törvényben meghatározott esetekben nem kell határozatot hozni, ha az igényt teljes mértékben teljesítik.

(5) Az igényelbíráló szerv a már jogerősen elbírált ügyben benyújtott ismételt igénybejelentést - ha az korábban fel nem hozott és az ügy elbírálása szempontjából lényeges tényeket vagy bizonyítékokat nem tartalmaz - érdemi vizsgálat nélkül elutasítja.

(6) Az igényelbíráló szerv az igénylőt személyes megjelenésre is felhívhatja meghallgatás, orvosi felülvizsgálat, kórházi megfigyelés stb. céljából. 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 az igényt elbírálni nem lehet, az eljárást meg kell szüntetni. A megszüntetés utáni jelentkezést - ha az igénylő a mulasztást elfogadhatóan nem igazolja - új igénybejelentésnek kell tekinteni.

(7) Ha az igény elbírálása után megállapítást nyer, hogy az igényt 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 igényt a biztosítottnak a Tbj. 4. § a) pontja szerinti foglalkoztatónál kell bejelenteni.

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

a) a kifizetőhellyel rendelkező munkáltató esetében a kifizetőhely,

b)

c) egyéb esetben az egészségbiztosító

bírálja el és folyósítja.

(3)

(4) Az igény elbírálásánál az igény 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 igényét 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 az egészségügyi hozzájárulást fizető munkáltatónál történik. Ennek hiányában az egészségbiztosítónál kell az igényt elbírálni. Az igény elbírálásához a különböző munkáltatók által kiállított munkáltatói igazolást be kell nyújtani.

(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.

BH2007. 98. *A munkavállaló a baleseti táppénz iránti igényét kizárólag a vele biztosítási jogviszonyban álló Bt. útján érvényesíthette. A munkabalesetért fennálló kárfelelősség a munkáltatót terheli [1997. évi LXXXIII. törvény 63. §; 1992. évi XXII. törvény 174. §].*

Baleseti ellátások iránti igény

64. § (1) A bejelentett üzemi baleset tényét a baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv határozattal állapítja meg.

(2) Ha a baleseti ellátásra jogosultság szempontjából szükséges, az egészségbiztosító helyszíni vizsgálatot tarthat. A vizsgálat alkalmával a munkáltató köteles a szükséges felvilágosításokat megadni.

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

(4)

(5) Az üzemi baleset megállapításáról szóló határozatot meg kell küldeni a biztosítottnak, a kezelő orvosnak, továbbá a kereséktelelenséget elbíráló orvosnak.

BH2004. 252. II. *Az igény a foglalkozási megbetegedés tényét megállapító előzetes döntés nélkül nem bírálható el. Ezt a döntést a fél a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv ellen indított perben vitathatja [Ebtv. 64. § (1) bekezdés; 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 43. § (3)-(4) bekezdés; 27/1996. (VIII. 28.) NM rendelet; Ae. 26. §].*

BH2004. 81. *A keresetindítás joga nem illeti meg a balesetet szenvedett munkáltatóját abban a kérdésben, hogy üzemi baleset történt-e [Ae. 3. § (4) bek., Pp. 327. § (1) bek., 1997. évi LXXXIII. tv. 64. § (1), (5) bek., 67. §, Pp. 130. § (1) bek. g) pont].*

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 igény bejelentésére, elbírálására és folyósítására a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni azzal, hogy a baleseti táppénz meghosszabbítása az orvosszakértői szerv hatáskörébe tartozik.

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

(5) A baleseti járadék iránti igény 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.

BH2004. 252. I. *A foglalkozási megbetegedés miatt igényelt baleseti járadék iránti követelés elbírálására és folyósítására a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól és a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló törvények rendelkezéseit együtt kell alkalmazni [Ebtv. 65. § (5) bekezdés].*

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) jogalap nélkül vett fel, köteles azt visszafizetni, ha erre a felvételtől számított harminc napon belül írásban kötelezték.

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

(3) A foglalkoztató és egyéb szerv köteles megtéríteni a jogalap nélkül felvett ellátást, ha az ellátás jogalap nélküli 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 jogalap nélküli megállapításáért, illetőleg felvételéért a foglalkoztatót vagy egyéb szervet és az ellátásban részesülőt is felelősség terheli, a jogalap nélkül 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 jogalap nélküli megállapításáért, illetőleg a felvételéért több foglalkoztatót vagy egyéb szervet terhel felelősség, a jogalap nélkül felvett ellátás megtérítéséért egyetemlegesen felelnek.

(6) A jogalap nélkül 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.

EBH2005. 1358. *A vállalkozói igazolvány visszavonását követően a táppénzre jogosultság nem áll fenn, a jogalap nélkül felvett ellátás felróhatóság miatt 30 napon túl is visszakövetelhető (1997. évi LXXX. törvény 5. §, 7. §; 1997. évi LXXXIII. törvény 66. §).*

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.

EBH2005. 1264. *A foglalkoztató fogalma nem szűkíthető le a munkaerőt kölcsönvevő meghatározásra (1997. évi LXXXIII. törvény 67. §).*

BH2005. 372. *A munkáltató akkor kötelezhető az üzemi baleset miatt felmerült egészségbiztosítási szolgáltatás megtérítésére, ha a baleset elszenvedése nem kizárólag a munkavállaló terhére róható (1997. évi LXXXIII. tv. 67. §).*

BH2004. 391. *Ha a bíróság a megtérítési kötelezettség jogalapjaként megjelölt munkavédelmi szabálysértésekre vonatkozó tényállást a perben megállapítja, a fizetési meghagyást hiányzó tényállás miatt nem helyezheti hatályon kívül [KK 31.; 1993. évi XCIII. törvény 54. §; Ebtv. 67. §].*

BH2004. 206. *A munkatársának - tilalom hiányában - segítséget nyújtó munkavállaló a munkáltató megtérítési kötelezettsége szempontjából a munkáltató megbízottjának minősül [1993. évi XCIII. törvény - Mvt. - 54. § (1) bekezdés a) pont, Ebtv. 67. §].*

BH2004. 204. *A közúti közlekedés rendjére vonatkozó szabály megsértése - amennyiben a munkavégzés helyén e szabályok irányadók - megalapozhatja a foglalkoztató munkavédelmi szabályszegésen alapuló megtérítési kötelezettségét [1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet - KRESZ - 41. § (7) bekezdés, Ebtv. 67. §].*

BH2004. 81. *A keresetindítás joga nem illeti meg a balesetet szenvedett munkáltatóját abban a kérdésben, hogy üzemi baleset történt-e [Ae. 3. § (4) bek., Pp. 327. § (1) bek., 1997. évi LXXXIII. tv. 64. § (1), (5) bek., 67. §, Pp. 130. § (1) bek. g) pont].*

BH2003. 466. *A felszámolási eljárás megindulását megelőzően bekövetkezett károsodásokkal kapcsolatban a megyei nyugdíjbiztosítási igazgatóság által kifizetett járadék megtérítése iránti igényt a Cstv. 57. § (1) bekezdésének e) pontjába kell besorolni [1993. évi LXXXI. tv.-nyel és az 1997. évi XXVII. tv.-nyel módosított 1991. évi IL. tv. 35. § (2) bek., 37. § (2) bek., 57. § (1) bek. a) és e) pontja, (2) bek. a) pontja, 1997. évi LXXXIII. tv. 57. § (1) bek., 58. § (1) és (2) bek., 67. §, 70. § (3) bek.].*

BH2001. 449. *Munkahelyi baleset esetén a társadalombiztosítási szerv által a munkáltatóval szemben kibocsátott fizetési meghagyás megtámadása folytán indult perben a bíróságnak egyértelműen, szükség esetén szakértő bevonásával kell a munkáltatónak a baleset bekövetkezésében fennálló felelősségét megállapítania [1997. évi LXXXIII. tv. 67. §, 1993. évi XCIII. tv. 40. § (1) bek.].*

BH2001. 372. *A gépjármű-felelősségbiztosítás kiterjed arra a kárra is, amelyért a biztosított munkaadói minőségben felel, ha az üzemi balesetet a gépjármű üzemeltetésével okozták [1975. évi II. törvény 108. §, 1997. évi LXXXIII. törvény 67. §, 1997. évi LXXXI. törvény 87. §, 58/1991. (IV. 13.) Korm. rendelet 1. § (3) bekezdés].*

BH1999. 588. *A munkáltató felelőssége a munkavállaló munkavégzése során elszenvedett balesetért. A felülvizsgálati kérelem engedélyezésének szempontjai [1997. évi LXXXIII. tv. 67. §, Pp. 271. § (3) és (4) bek., 273. § (2) bek. a) pont].*

68. § (1) Aki az egészségbiztosítási ellátásra jogosult betegségéért, keresőképtelenségéért, 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.

BH2006. 338. *A munkavégzés helyszínének tisztán tartására vonatkozó kötelezettség elmulasztása miatt bekövetkezett balesetért a mulasztó céget a társadalombiztosítási költségekben marasztalni kell (1997. évi LXXXIII. tv. 68. §; 1959. évi IV. tv. 339. §; 1993. évi XCIII. tv. 36. §; 1952. évi III. tv. 164. §).*

BH2004. 257. *Az állattartással összefüggésben felmerült egészségbiztosítási ellátásért fennálló megtérítési kötelezettséget nem lehet kizárólag az ügyet érintő szabálysértési határozatban foglaltak szerint elbírálni (Ebtv. 68. §).*

BH2004. 80. *Az egészségbiztosítási ellátásra jogosult betegségéért fennálló felelősségre a Ptk.-nak a szerződésen kívüli felelősségre vonatkozó szabályai az irányadók; ezért az alvállalkozó által okozott kárért a fővállalkozó nem felelős [1997. évi LXXXIII. tv. 68. §, 1959. évi IV. tv. 339. §, 391. §].*

BH2003. 479. *Ha a gyalogos a jeges úttesten és nem a járdán közlekedett annak ellenére, hogy a járda a közlekedésre esetleg alkalmasabb lett volna -, az út fenntartója nem felel az elcsúszásból eredő balesetből bekövetkezett kárért [1997. évi LXXXIII. tv. 68. §, 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes r.]*

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 a Ptk.-ban meghatározott 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.

(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 betekinthesse és arról másolatot készíthessen. Az egészségbiztosító megkeresésére a kért iratok másolatát az érintett szerv 30 napon 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 jogerőre emelkedett határozat, illetőleg fizetési meghagyás végrehajtható közigazgatási határozat.

(2) A 66-68. §-on alapuló követelés a felvett ellátás kifizetésétől, illetőleg az egészségügyi vagy baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételétől számított öt éven belül, míg a 68/B. §-on alapuló követelés a gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközhoz vagy gyógyászati ellátáshoz nyújtott támogatás igénybevételétől számított három éven belül érvényesíthető. Ha a követelésre alapot adó magatartás a bíróság jogerős ítélete szerint bűncselekmény, a 66-68. §-on alapuló követelés öt éven túl, a 68/B. §-on alapuló követelés pedig három 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 kiadására 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.

BH2003. 466. *A felszámolási eljárás megindulását megelőzően bekövetkezett károsodásokkal kapcsolatban a megyei nyugdíjbiztosítási igazgatóság által kifizetett járadék megtérítése iránti igényt a Cstv. 57. § (1) bekezdésének e) pontjába kell besorolni [1993. évi LXXXI. tv.-nyel és az 1997. évi XXVII. tv.-nyel módosított 1991. évi IL. tv. 35. § (2) bek., 37. § (2) bek., 57. § (1) bek. a) és e) pontja, (2) bek. a) pontja, 1997. évi LXXXIII. tv. 57. § (1) bek., 58. § (1) és (2) bek., 67. §, 70. § (3) bek.].*

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

(2) A levonást a visszafizetésre kötelező határozat jogerőre emelkedése után lehet megkezdeni. A levonással meg nem térült, illetőleg a túlfizetés összegére tekintettel csak hosszabb idő alatt megtérülő követelés összegét a keresetből is le lehet vonni.

(3) Ha a fizetésre kötelezett foglalkoztató, egyéb szerv és személy a fizetésre kötelező határozat, illetve fizetési meghagyás jogerőre emelkedésétől számított tizenöt napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti és a fizetési meghagyást kibocsátó egészségbiztosító által a kötelezett bankszámlája ellen benyújtott azonnali beszedési megbízás eredménytelen, az egészségbiztosító megkeresi a járulékok behajtására jogosult szervet, hogy a követelést a járuléktartozás végrehajtására vonatkozó szabályok szerint hajtsa be. A járuléktartozás végrehajtására vonatkozó szabályok szerinti eljárás lefolytatását kezdeményezi a visszafizetésre kötelező határozatot kibocsátó szerv, ha a (2) bekezdés szerinti eljárás nem vezet eredményre.

(4) 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.

Az Ebtv. 72. §-ának jelenlegi szövege nem egyértelmű, ezért szükséges az egész szakaszt pontosítani, így egyértelmű lesz, hogy a méltányossági jogkör gyakorlása az Ebtv. 67-68. § szerinti megtérítés címen fennálló követeléshez kapcsolódó kamat mérséklésére vagy elengedésére is vonatkozik, bármely - magánszemély vagy foglalkoztató - kötelezett esetén. Az Ebtv. 72. §-ának jelenleg hatályos szövege nem utalja a MEP vezetőjének méltányossági jogkörébe a késedelmi pótlék mérséklésének, elengedésének lehetőségét, holott ugyanezt a kirótt kamatra, mulasztási bírságra lehetővé teszi. Indokolatlan e különbségtétel az egyes szankciók elengedési, mérséklési lehetőségei közt, a szankciók elnevezése függvényében.

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 az igény elbírálása, illetőleg követelés érvényesítése után megállapítást nyer, hogy a bíróság által el nem bírált határozat (fizetési meghagyás) jogszabályt sért, vagy az igényt tévesen utasították el, illetve az ellátás (követelés) összegét tévesen állapították meg, az ellátást tévesen folyósították, a határozatot hozó szerv a határozat (fizetési meghagyás) közlésétől számított öt éven belül a határozatot (fizetési meghagyást) módosítja, illetőleg visszavonja.

75. §

Illeték- és költségmentesség

75/A. § A Tbj.-ben meghatározott egészségbiztosítási ellátások (beleértve a méltányosságból igénybe vehető ellátásokat is) iránti igények érvényesítésével kapcsolatos eljárások illeték- és költségmentesek.

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról szóló 1997. évi LXXX. törvény 14. § (2) bekezdése értelmében egészségbiztosítás keretében igénybe vehető ellátások a következők: egészségügyi szolgáltatások, pénzbeli ellátások, baleseti ellátások. Mivel az egészségbiztosítási ellátások köre szélesebb, mint a pénzbeli ellátásoké, az egységes joggyakorlat kialakítása érdekében szükséges az egészségbiztosítási ellátásokkal kapcsolatos eljárások illeték- és költségmentességének külön cím alatt történő szabályozása. E módosítással egyidejűleg szükséges az Ebtv. 61. §-ának (9) bekezdését hatályon kívül helyezni.

Határozat bírósági felülvizsgálata

76. § (1) A jogszabálysértő - a jogerős határozat bírósági felülvizsgálatát kérheti - a határozat kézbesítését követő harminc napon belül - az, akinek jogosultságát vagy kötelezettségét a határozat érinti.

(2) Ha egyéb kizáró ok nincs, a megállapított egészségbiztosítási ellátást annak ellenére folyósítani kell, hogy a keresetlevelet benyújtották.

(3) A megtérítésre kötelezett személy az ellene kibocsátott fizetési meghagyással szemben bírósághoz fordulhat.

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

(2)

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) személyazonosító adatok (név, leánykori név, anyja neve, születési hely, év, hónap, nap),

b) családi állapot, állampolgárság, eltartott hozzátartozó és élettárs esetén a hozzátartozói minőség,

c) lakóhely (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 szolgáltatathat.

(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 TAJ-szám kivételével - 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. A fogvatartó szervek a fogvatartottak tekintetében jogosultak a TAJ-szám igénylésére is.

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) A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelése esetén a biztosított TAJ számát, diagnózisát és az annak alapján rendelt gyógyszer és gyógyászati segédeszköz megnevezését, mennyiségét, a rendelés jogcímét közli - a szerződésében meghatározott időpontig - az egészségbiztosítóval.

Az Ebtv. jelenleg nem ad egyértelmű felhatalmazást az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaival és azokkal kapcsolatos egyes szerződésekkel összefüggő adatok kezelésére. Jelen módosítás ezt a hiányt hivatott pótolni, valamint külön kiemeli azt az esetet, amikor a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa az erre jogosító szerződés alapján támogatással rendel gyógyszert. Ebben az esetben ugyanis a hatályos jogszabályok szerint az orvosnak a biztosító felé jelentenie kell, hogy kinek milyen gyógyszert írt fel.

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) 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.

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.

BH2006. 131. *A biztosítási jogviszony megszűnése után járó táppénz folyósításának időtartama, az időtartam csökkentésének időbeli hatálya (1997. évi LXXXIII. tv. 46. §, 82. §; 2002. évi LVIII. tv. 28. §).*

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 szerződések megkötése és az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása részletes szabályainak,
- b) a keresőképesség 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)
- 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 értékhatár,
- 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 kifizetőhelyen nem rendelkező munkáltatóknak 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,
- 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) az irányított betegellátási rendszer keretében az ellátásszervező kiválasztására irányuló pályázat kiírására és elbírálására vonatkozó szabályok, az ellátásszervezővel szemben támasztott követelmények, az ellátásszervezési szerződés tartalmi elemeinek és mellékleteinek, az egészségügyi szolgáltatóknak az irányított betegellátási rendszerben történő részvétele szabályainak, a fejkvóta megállapításának, az elvi számla vezetésének és egyenlegszámítási módjának, a bevételi többlet kiutalására, felhasználására, ellenőrzésére és visszavonására vonatkozó szabályok, a pénzeszköz-áramlás szabályainak és ellenőrzése módjának, az ellátásszervező megszűnésére és az irányított betegellátási rendszerből való kilépésére alkalmazandó 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) az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásra történő befogadása alapelvei és feltételrendszere,
- 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. § (1) bekezdése szerinti megtérítésre 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 támogatott gyógyászati ellátások körét, az árukhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét,
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,
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 biztosítottak a gyógyászati segédeszköz ára után járó támogatás betegségtől függő keretösszegben történő megállapítására vonatkozó szabályokat.

(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 várólistasorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeit, 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 egyszerhasználatos 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 dializálási eljárásokat; 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,
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.

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

(6)

(7) Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokat.

(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.